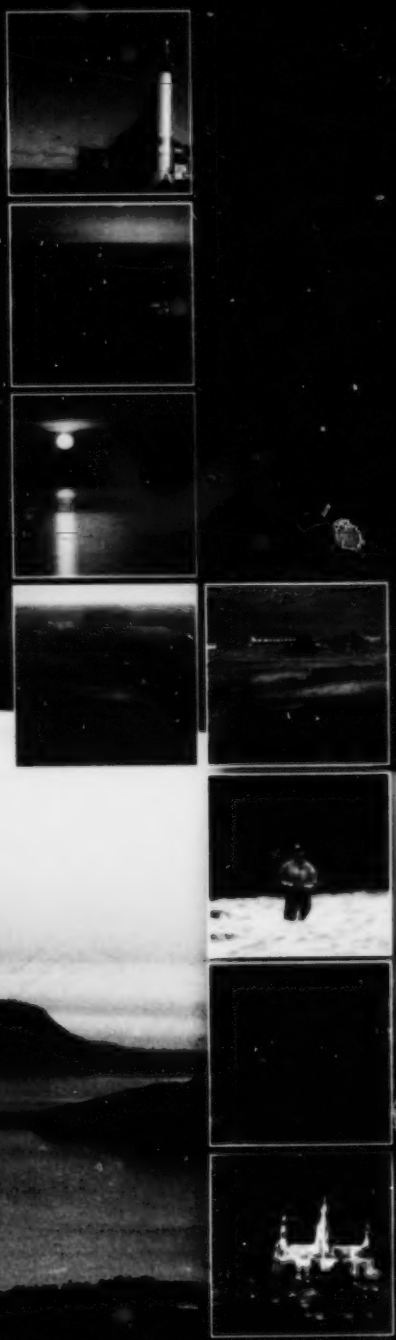
Rapport annuel de gestion

2004-2005



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

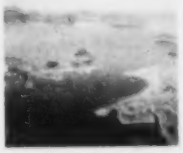
Bas-Saint-Laurent

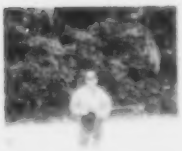
Québec

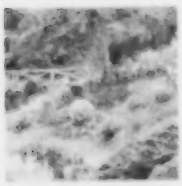
106-00674/

Rapport annuel de gestion

2004-2005







Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Bas-Saint-Laurent

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec

Bas-Saint-Laurent

Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : (418) 724-5231
Télécopieur : (418) 723-1597

Adopté par le conseil d'administration
le 28 septembre 2005
A.-05-05-76R

Production
Direction des ressources humaines et des relations avec la population

Édition
© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
ISBN 2-921799-81-2
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lise Verreault, présidente-directrice générale

Jean-Paul Morin, président du conseil d'administration

Monsieur le ministre de la Santé et des Services sociaux,
Mesdames, Messieurs, membres du conseil d'administration de l'Agence,
Mesdames, Messieurs,

C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel de gestion de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Au cours de l'exercice financier 2004-2005, nos efforts ont porté principalement sur l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) sur notre territoire et la poursuite de la démarche d'élaboration des projets cliniques.

Ainsi, dans la foulée de l'acceptation de notre modèle d'organisation des huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux correspondant aux territoires de municipalités régionales de comté (MRC) de la région du Bas-Saint-Laurent, l'Agence a élaboré un document de soutien à l'implantation des projets cliniques. Ce document présente les assises de la réorganisation des services, une définition du modèle d'organisation des services au Bas-Saint-Laurent, les balises régionales devant guider l'élaboration des projets cliniques locaux, les recommandations sur l'organisation des services généraux en appui aux projets cliniques, les conditions favorables à la mise en place de ces projets cliniques ainsi que les modes d'implantation et de suivi.

Afin de supporter les organisations dans la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, l'Agence a mis en place une fonction stratégique permettant entre autres de coordonner l'actualisation des travaux. De plus, l'Agence a procédé à la nomination des porteurs de projets cliniques régionaux et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont procédé à la nomination de porteurs de projets cliniques dans chacun des territoires de RLS. La mise sur pied de tables de travail régionales de projets cliniques a été retenue par la Table des directrices générales et des directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux comme modalité de concertation et de collaboration entre les CSSS et l'Agence. Ainsi, quatre tables de travail ont été constituées au niveau régional, à savoir : les jeunes et leur famille, les maladies chroniques et le cancer, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et la santé mentale. La réalisation des travaux s'est faite en tenant compte de l'intégration des services médicaux généraux.

L'actualisation de la démarche des projets cliniques ne peut se faire sans la participation des cliniciens eux-mêmes. À cet égard, afin de cerner la contribution des services médicaux aux projets cliniques, les directeurs généraux, les directeurs des services professionnels des établissements, les présidents des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), les chefs de département de médecine générale des établissements, les membres du comité de

direction du Département régional de médecine générale (DRMG) et les membres de la Commission médicale régionale (CMR) ont été invités le 29 mars 2005 à une rencontre régionale sur le projet d'intégration des services médicaux aux services des 1re, 2e et 3e lignes, dans le cadre de l'élaboration des projets cliniques. Cette rencontre s'est poursuivie par une tournée des établissements en mai et juin 2005.

Les travaux réalisés conjointement par l'Agence et les établissements visaient, en 2004-2005, l'élaboration d'un diagnostic de l'offre de service offerte localement. Plus spécifiquement, chaque CSSS a procédé à l'identification de son offre de service et de ses partenaires, précisé les forces et faiblesses de celle-ci et posé un regard critique sur ses façons de faire. Dans les prochains mois, les CSSS devront déterminer les choix organisationnels et les choix des mesures en regard des cibles cliniques retenues et des ressources disponibles, élaborer un plan préliminaire de mise en œuvre et identifier les conditions à mettre en place permettant l'implantation des mesures retenues.

Pour faciliter la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, et contribuer à l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services offerts, l'Agence préconise un développement des systèmes d'information axé vers un partage de l'information clinique. À cet égard, l'exercice financier 2004-2005 aura permis la poursuite des démarches visant à doter la région du Bas-Saint-Laurent d'un dossier santé électronique interopérable. Concrètement, l'Agence a reçu les autorisations nécessaires du MSSS pour aller de l'avant dans la mise en place d'un index patient maître CSSS, d'un service de conservation de donnés cliniques de même qu'un localisateur régional. Cela permettra de faciliter le repérage de la clientèle à l'intérieur d'un épisode de soins et de services. Également, le MSSS a donné son accord à l'Agence dans le projet Accès électronique aux résultats de laboratoire et de radiologie en temps réel aux médecins œuvrant en cliniques médicales privées. Ces projets seront mis en chantier en 2005-2006 et faciliteront l'accessibilité et l'intégration des services de santé et de services sociaux par une circulation fluide des informations cliniques requises, le tout en conformité avec les modalités actuelles de la LSSSS et du projet de loi 83.

Autre élément marquant de l'année 2004-2005, l'Agence a été reçue en audition devant la Commission parlementaire des affaires sociales afin d'y présenter ses principales réalisations. À cette occasion, l'Agence a voulu partager avec les commissaires certains enjeux qui se retrouvent au cœur même des conditions essentielles à la réalisation des objectifs fixés au Bas-Saint-Laurent. Ainsi, l'Agence a fait ressortir l'importance de la décentralisation des enveloppes relatives à la rémunération des médecins en provenance de la Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.) ainsi qu'une participation active des agences aux négociations portant sur les conditions de travail des médecins, ce qui permettrait une optimisation des ressources médicales afin de répondre encore plus adéquatement aux besoins exprimés. Également, l'Agence a fait ressortir l'importance de revoir les législations en matière de protection des renseignements personnels afin de permettre une meilleure utilisation et un cheminement des renseignements tout en assurant leur sécurité et leur confidentialité. Enfin, l'Agence a fait valoir qu'un financement adéquat des coûts récurrents additionnels reliés au déploiement des technologies de l'information devrait être assumé par le Ministère afin d'éviter la réallocation des ressources destinées aux services des usagers. Il est intéressant de mentionner qu'en cours d'année, plusieurs de ces aspects ont trouvé écho, soit dans les modifications proposées dans le projet de loi nº 83, soit dans les pratiques administratives du Ministère.

Le présent rapport de gestion fait également état de l'atteinte des cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec le Ministère et l'Agence. Il est à noter que l'entente de gestion 2004-2005 compte un nombre accru d'axes d'intervention et met l'emphase sur une reddition de comptes orientée vers l'atteinte de résultats cliniques et l'amélioration du niveau d'efficience. Comme par les années passées, cette entente a été élaborée en étroite collaboration avec les établissements de la région. Les résultats présentés dans ce rapport témoignent de ce niveau étroit de concertation et de l'engagement fourni par l'ensemble des intervenants de la région pour offrir des services de qualité à la population du Bas-Saint-Laurent.

Soulignons également les efforts réalisés tant par l'Agence que par les établissements permettant d'assurer le respect des cibles budgétaires établies. En effet, la très grande majorité des établissements ont terminé l'exercice financier 2004-2005 en respectant les cibles budgétaires autorisées. Il a également été convenu avec les directrices générales et les directeurs généraux du réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent de devancer l'atteinte des objectifs ministériels en cette matière et d'assurer dès l'année 2005-2006 l'atteinte de l'équilibre budgétaire dans les établissements du Bas-Saint-Laurent.

Au cours des prochains mois, l'Agence et ses partenaires entendent poursuivre leurs efforts dans la mise en place des projets cliniques et des réseaux locaux de services. Les différentes mesures qui découleront de ces travaux permettront une amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de l'intégration des services. Ces travaux qui se situeront en continuité avec ceux amorcés cette année devront tenir compte des nouveaux enjeux auxquels le réseau sera convié. Parmi les défis qui seront posés en 2005-2006, mentionnons la mise en place des dispositions qui découleront de l'adoption du projet de loi nº 83, notamment les modifications proposées au processus de traitement des plaintes et la mise en place d'un comité de vigilance, la mise en place d'un comité des pharmaciens et d'une table des médecins spécialisés, les mesures proposées pour assurer la protection des renseignements personnels dans le contexte de l'informatisation du réseau ainsi que les avenues proposées visant la certification des résidences privées pour personnes âgées.

En terminant, nous désirons souligner de manière particulière l'excellente collaboration reçue tout au long de l'année de la part des membres du conseil d'administration, du personnel de l'Agence et de nos partenaires du milieu régional dans l'atteinte des objectifs que nous nous sommes fixés. Avec l'engagement effectif de notre personnel, des gestionnaires et intervenants des établissements du réseau, la région du Bas-Saint-Laurent a été en mesure de poursuivre les changements amorcés avec l'adoption de la loi nº 25 et d'initier la révision de son offre de service sur la base des projets cliniques et contribuer ainsi à l'amélioration de l'état de santé de notre population. De plus, avec cet apport précieux dans nos travaux, nous avons réussi à positionner avantageusement notre région à l'intérieur des priorités ministérielles visant l'informatisation du réseau et le déploiement progressif d'outils informatiques supportant l'organisation des services de santé et de services sociaux.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2004-2005 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2005.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

DÉCLARATION DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

CHAPITRE 1 - L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT 13

1.1 La mission 13
1.2 Le territoire, sa population et le réseau régional de services sociosanitaires 13
1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence 18
1.4 Le Forum de la population 20
1.5 Le Département régional de médecine générale 21
1.6 La Commission médicale régionale 22
1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale 23

CHAPITRE 2 – LES FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2004-2005 25

2.1 Le soutien aux établissements pour l'implantation des projets cliniques 25
2.2 Le dossier santé électronique interopérable 26
2.3 Le plan d'action régional de santé publique 2004-2007 27
2.4 Le plan d'action 2004-2005 du Programme régional de lutte contre le cancer 27
2.5 Les plans d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité pour l'année 2005 28
2.6 La poursuite de la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF) 28
2.7 Le développement et la consolidation des unités de médecine familiale en région 29
2.8 L'application de l'entente sur les activités médicales particulières 29
2.9 Le projet d'intégration des services médicaux aux services de 1re, 2e et 3e lignes 29
2.10 Les activités du comité de coordination national sur les urgences 30
2.11 Le comité de traumatologie 30
2.12 Les services préhospitaliers d'urgence 30
2.13 Les projets d'immobilisations et d'achats d'équipements médicaux spécialisés 32
2.13.1 Projets d'immobilisations dont le financement est assuré centralement par le Ministère 32
2.13.2 Sommaires régionaux des fonds d'équipements et d'immobilisations 33
2.14 Les ajouts de ressources professionnelles en prévention des infections nosocomiales 34
2.15 Le cadre de référence pour la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile 35
2.16 La production d'un avis sur la sexualisation précoce des filles et ses impacts sur leur santé 35

2.17 Les interrelations entre l'Agence et les organismes communautaires 35
2.18 La gestion des ressources humaines 36
2.19 Les communications et les relations avec la population 37

CHAPITRE 3 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2004-2005 41

3.1 Le bilan de suivi de gestion selon les axes d'intervention 42
3.1.1 Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents 42
3.1.2 Services médicaux généraux 43
3.1.3 Soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale 43
3.1.4 Perte d'autonomie : Services dans le milieu de vie 44
3.1.5 Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut 44
3.1.6 Déficience physique : Services dans le milieu de vie 45
3.1.7 Déficience physique : Services spécialisés 45
3.1.8 Déficience intellectuelle : Services dans le milieu de vie 46
3.1.9 Troubles envahissants du développement 47
3.1.10 Jeunes en difficulté : Services spécialisés offerts dans les centres jeunesse 48
3.1.11 Toxicomanie 49
3.1.12 Jeu pathologique 49
3.1.13 Santé mentale 50
3.1.14 Urgence 51
3.1.15 Soins palliatifs 52
3.1.16 Lutte contre le cancer 53
3.1.17 Hanche 54
3.1.18 Genou 55
3.1.19 Cataracte 56
3.1.20 Chirurgie d'un jour 56
3.1.21 Chirurgie avec hospitalisation 57
3.1.22 Femmes victimes de violence 58
3.1.23 Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle 58

CHAPITRE 4 : LES DONNÉES FINANCIÈRES 61

4.1 Les résultats financiers de l'Agence 61
4.1.1 Rapport du Vérificateur général du Québec 61
4.1.2 Rapport de la direction en regard des états financiers de l'Agence 62
4.1.3 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées 63
4.1.4 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations 65
4.1.5 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations 66

4.1.6 Bilan cumulé des fonds affectés 68
4.1.7 États du solde de fonds cumulé des fonds affectés 69
4.1.8 État de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés 70
4.1.9 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2004-2005 et suivi des comptes à payer non pourvus 72
4.1.10 Notes aux états financiers 73
4.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 79
4.2.1 Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 79
4.2.2 Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 79
4.2.3 Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics 80
4.2.4 Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics 80
4.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits 81
4.3.1 Organismes de promotion et de services 81
4.3.2 Organismes communautaires en maintien à domicile 84

ANNEXES 85

Annexe 1 Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2005 86
Annexe 2 Membres du Forum de la population au 31 mars 2005 87
Annexe 3 Membres des comités et commissions et du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2005 88
Annexe 4 Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 90

CHAPITRE 1 : L'AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

1.1 La mission

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003-chapitre 21) sanctionnée le 18 décembre 2003. L'Agence a succédé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et elle exerce en lieu et place de la Régie régionale et conformément aux règles applicables à cette dernière tous les pouvoirs, fonctions et devoirs que la loi confie à celle-ci. La mission de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes et les professionnels qui les dispensent.

Dans ce contexte, l'Agence s'est vue également confier un nouveau mandat, soit celui de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Pour ce faire, l'Agence a défini pour son territoire un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services et supporte les établissements dans la mise en place de projets cliniques.

1.2 Le territoire, sa population et le réseau régional de services sociosanitaires

Le territoire et sa population

L'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) estime à 201 219 le nombre de personnes qui habitent les huit territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent en 2005, soit 99 583 hommes et 101 636 femmes. Cette région, qui compte quelque 117 municipalités, s'étend sur une superficie de 22 232 km² représentant quelque 300 km sur l'axe est-ouest et environ 100 km sur l'axe nord-sud.

Une population vieillissante et en décroissance

L'évolution démographique de la population du Bas-Saint-Laurent suit une pente descendante depuis une vingtaine d'années. Depuis 1986, le nombre de personnes qui habitent cette région a diminué de 7,2 %, et ce, malgré que la population de l'ensemble du Québec s'accroissait de 12,4 %. Cette baisse s'explique par le bilan négatif de la migration, surtout chez les jeunes, et par la diminution des naissances qui s'avère beaucoup plus marquée qu'au Québec. Entre 1986 et 2002, le nombre de naissances a chuté de 39,8 % dans le Bas-Saint-Laurent comparativement à 14,3 % au Québec.

Entre les deux derniers recensements (1996 et 2001), la population de la majorité des municipalités de la région a enregistré une baisse, aussi bien dans les centres de services que dans les municipalités rurales (quoique plus marquée dans ces dernières), accusant une diminution totale de 2,7 %. En 2001, pour la première fois, tous les centres de services de la région ont connu une diminution de leur population. La décroissance fait partie du

paysage démographique de toutes les MRC de la région, mais elle se manifeste à des degrés différents.

Quant à l'évolution démographique de la population du Bas-Saint-Laurent selon les groupes d'âge, elle devance les tendances observées au Québec. En 2005, les personnes de 65 ans et plus représentent 16,5 % de la population de la région comparativement à 13,8 % à l'échelle du Québec. La proportion actuelle de personnes de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent correspond aux prévisions faites pour le Québec en 2012. Au cours de cette dernière année, l'ISQ estime que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus atteindra 20 % dans le Bas-Saint-Laurent.

Un bilan de santé favorable, mais reflétant l'évolution démographique

Certaines caractéristiques socio-économiques associées à l'état de santé désavantagent la population du Bas-Saint-Laurent à un point tel que l'on devrait s'attendre à un bilan de santé moins favorable que celui du Québec. Ainsi, la région, malgré une récente amélioration de son marché du travail, figure parmi les moins avantagées en ce qui a trait au revenu moyen, au taux d'emplois, à la proportion de personnes âgées qui retirent le supplément de revenu garanti ainsi qu'au nombre de personnes ayant une faible scolarité.

Cependant, la majorité des indicateurs portant sur les habitudes de vie et les comportements, sur l'environnement social et physique, de même que sur la pertinence des services de santé, présente un portrait plus favorable ou à tout le moins comparable. Il semble que, jusqu'à maintenant, ces paramètres auraient compensé l'influence négative des conditions socio-économiques sur l'état de santé puisque celui-ci demeure à tout le moins comparable au Québec.

À titre indicatif, dans la région, on observe moins de familles monoparentales, moins de personnes vivant seules, plus de personnes satisfaites de leur vie sociale, un taux de grossesse plus faible chez les adolescentes, une criminalité plus faible et un taux plus faible de mortalité évitable par des services de santé appropriés.

Le bilan de santé de la population régionale est globalement aussi favorable que celui du Québec pour les hommes comme pour les femmes, si l'on en juge par une espérance de vie à la naissance comparable et un taux plus faible de mortalité entre 45 et 74 ans. Toutefois, les principaux problèmes de santé qui requièrent des services sont tout aussi présents, sinon davantage, compte tenu du nombre d'années d'espérance de vie avec des incapacités un peu plus élevé qu'au Québec.

La région se distingue du Québec pour certains problèmes de santé qui requièrent davantage de services ou d'interventions spécifiques. Parmi ceux-ci, les accidents de la route sont ceux qui démarquent le plus la région de l'ensemble du Québec puisqu'ils entraînent davantage de décès et de blessés graves. En outre, la population du Bas-Saint-Laurent, surtout les hommes, présente des taux de suicide plus élevés. Le cancer du pancréas est légèrement plus prévalant dans la région, et ce, principalement chez les femmes. Chez les personnes de 65 ans et plus, on observe un taux de mortalité supérieur par insuffisance cardiaque.

Toutes les MRC de la région ne présentent cependant pas le même bilan de santé. Des écarts significatifs sont observés, principalement au regard de l'espérance de vie à la naissance, dont l'écart atteint plus de deux années et du taux de décès avant 75 ans qui varie entre 28,3 et 40,4 par 10 000 personnes.

Le réseau régional de services sociosanitaires

Signalons en premier lieu que le réseau de santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend 10 établissements publics et 3 établissements privés avec permis du Ministère. Ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (2 privés conventionnés et 1 privé non conventionné).

MRC/Région	Établissements PUBLICS (10) (Localité)	Missions				
Kamouraska	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (St-Pascal)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Rivière-du-Loup	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (Rivière-du-Loup)	CLSC	CHSGS	CHSLD	CRPAT	
Témiscouata	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata (Notre-Dame-du-Lac)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Les Basques	Centre de santé et de services sociaux des Basques (Trois-Pistoles)	CLSC		CHSLD		
Rimouski-Neigette	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski (Rimouski)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
La Mitis	Centre de santé et de services sociaux de La Mitis (Mont-Joli)	CLSC		CHSLD	CRDP	
La Matapédia	Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia (Amqui)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Matane	Centre de santé et de services sociaux de Matane (Matane)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Région du Bas-Saint-Laurent	Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)				CRJDA	CPEJ
	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)				CRPDI	

MRC	Établissements PRIVÉS avec permis (3) (Localité)	Missions				
Rivière-du-Loup	Foyer Saint-Cyprien (1993) inc. (St-Cyprien)			CHSLD conventionné		
Rimouski-Neigette	Foyer Sainte-Bernadette inc. (Rimouski)			CHSLD conventionné		
	Manoir de Caroline inc. (Rimouski)			CHSLD non conventionné		

Voici, en bref, quelques autres caractéristiques du réseau régional :

- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements :

  - 149 familles d'accueil pour les enfants (338 places reconnues);
  - 214 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie;

- 70 ressources intermédiaires : 47 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 5 pour les jeunes, 10 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 7 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique.

- La mise en place des groupes de médecine de famille dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du groupe de médecine de famille de Rimouski. On dénombre maintenant quatre GMF dans le Bas-Saint-Laurent. Au 31 mars 2005, c'est plus de 20 000 personnes qui étaient inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF.

- Les entreprises ambulancières desservant la population sont au nombre de douze. Actuellement, trois municipalités et un service de traversier ont un service de premiers répondants. Par ailleurs, les services préhospitaliers d'urgence comptent 178 techniciens ambulanciers et 41 premiers répondants.

- 132 organismes communautaires subventionnés offrant une variété de services et d'activités dans les services suivants : promotion et services à la communauté, services aux femmes et aux conjoints violents, services à la jeunesse et services de maintien à domicile.

- La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 396 médecins dont 220 médecins omnipraticiens et 176 médecins spécialistes.

- Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 35 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 55 pharmacies.

- La région du Bas-Saint-Laurent compte 20 chirurgiens dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier dont 1 membre actif et 19 membres associés. Dans le secteur privé, on dénombre 59 chirurgiens dentistes généralistes et 6 dentistes spécialistes dont 2 chirurgiens buccaux ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

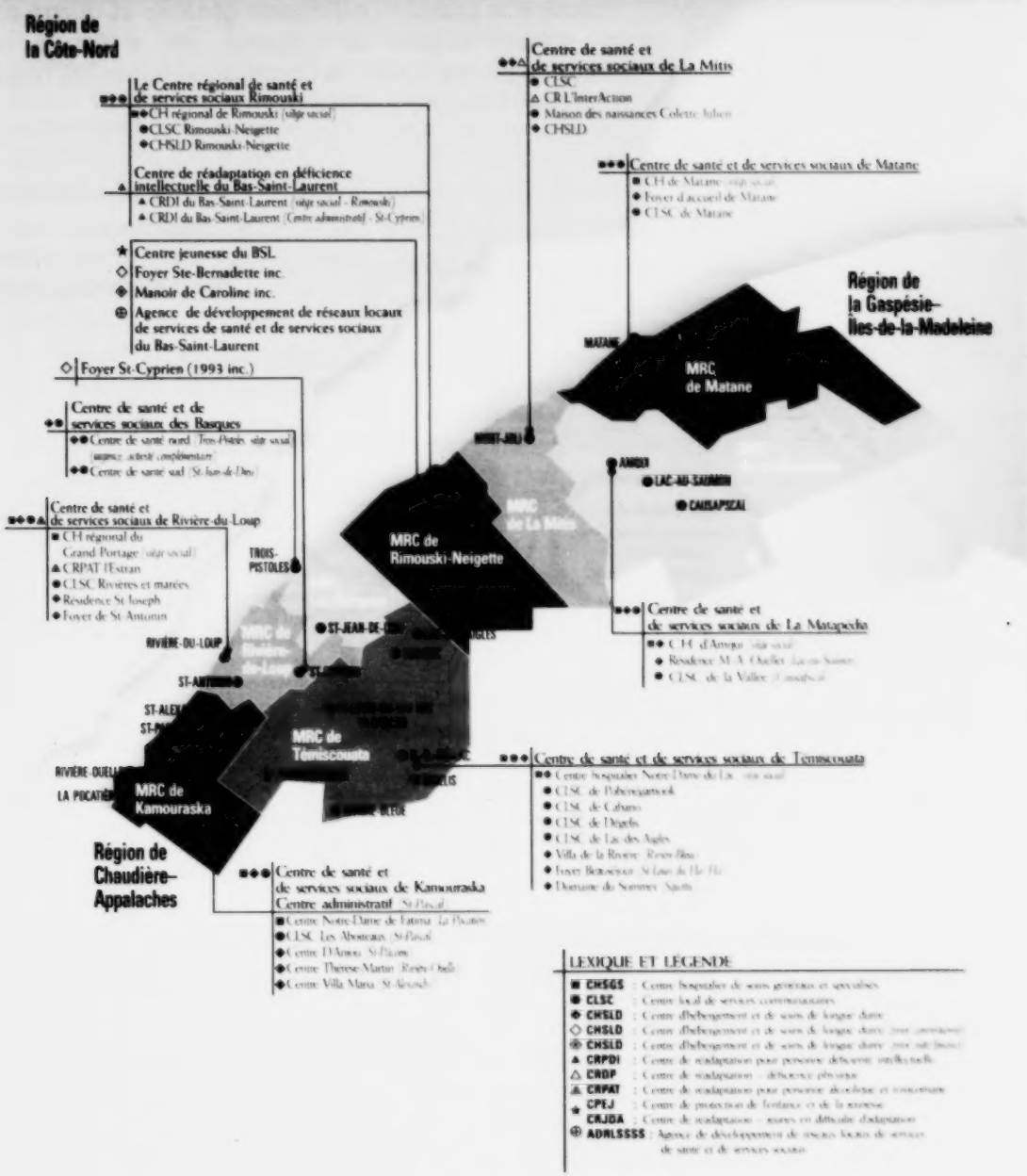
- Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 133 personnes représentant 5 883 postes équivalent temps complet (2003-2004), dont 272 cadres équivalent temps complet et 5 611 syndiqués et non syndiqués équivalent temps complet. Ces personnes travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, dans diverses sphères professionnelles et techniques ou dans les secteurs administratifs et de soutien. Par ailleurs, la moyenne d'âge du personnel a progressé puisqu'au 31 mars 2004, elle était de 42, 87 ans tandis qu'au 31 mars 2005, elle était de 43,10 ans.

- Selon les données de la Direction régionale Bas-Saint-Laurent du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, en 2004, on dénombrait 12 000 emplois dans le secteur d'activité économique des soins de santé et d'assistance sociale représentant pas moins de 12,8 % de tous les emplois du Bas-Saint-Laurent.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

LE BAS-SAINT-LAURENT
Tout lui russit!



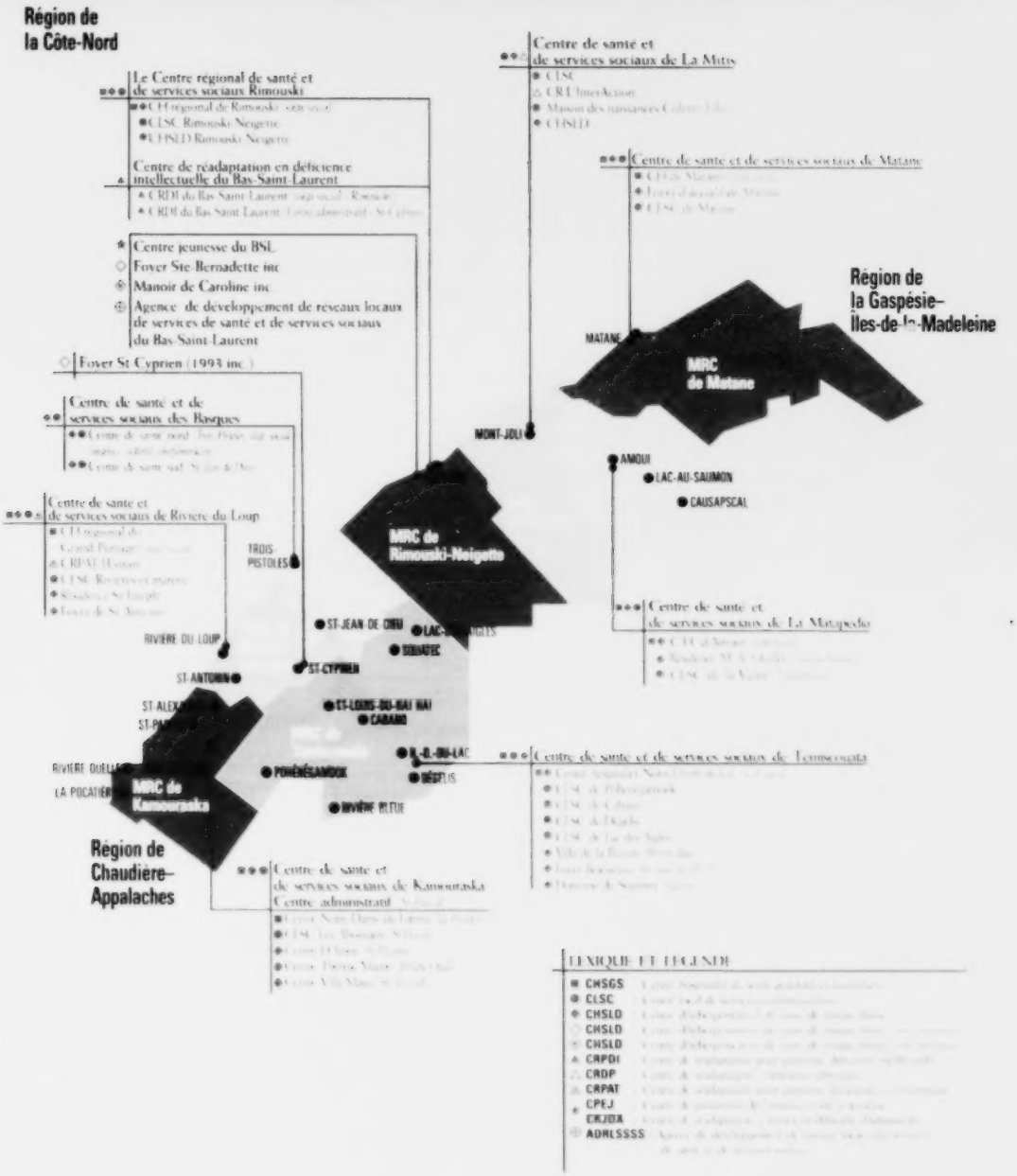
LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** : Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ◇ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (non conventionné)
- ⊕ **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (non subventionné)
- ▲ **CRPDI** : Centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles
- △ **CRDP** : Centre de réadaptation – déficience physique
- ▲ **CRPAT** : Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
- ★ **CPEJ** : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- **CRJDA** : Centre de réadaptation – jeunes en difficulté d'adaptation
- ⊕ **ADRLSSSS** : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

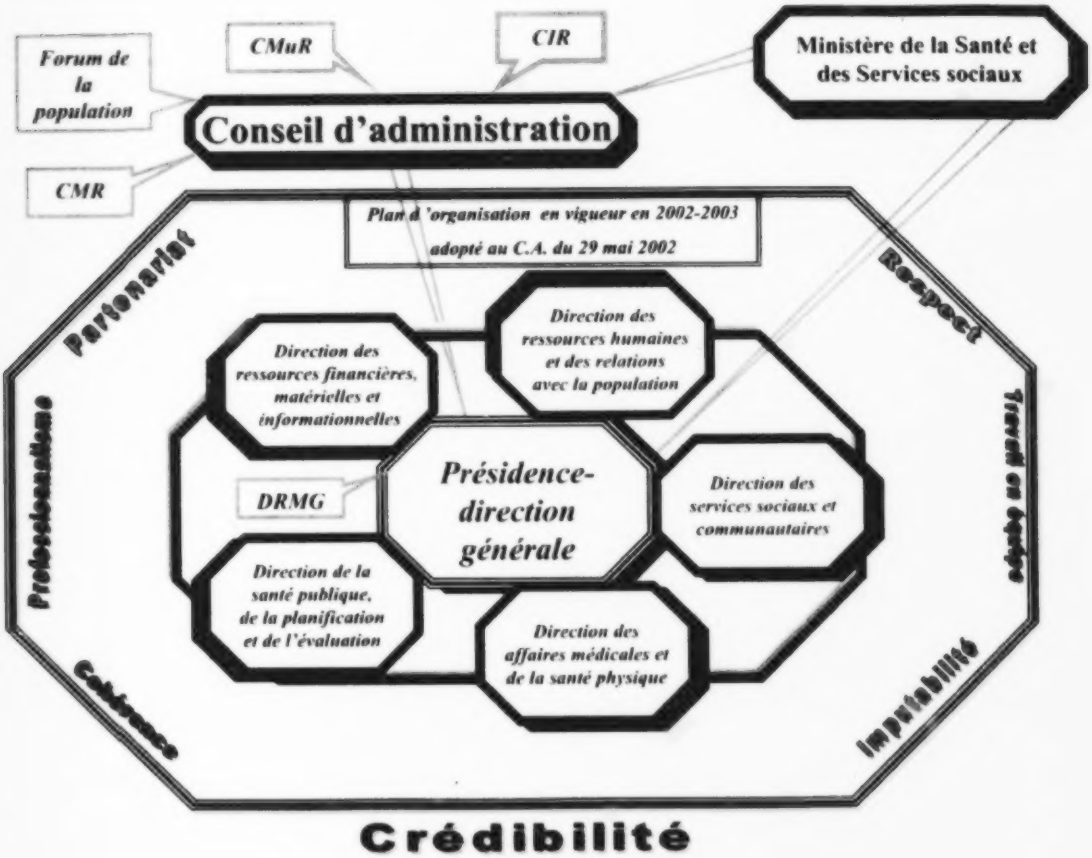
LE BAS SAINT LAURENT
Tout lui réussit !



1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence

Le plan d'organisation

L'actuel plan d'organisation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent comprend la présidente-directrice générale, cinq directions et cinq instances consultatives, soit le Département régional de médecine générale (DRMG) rattaché à la présidence-direction générale et quatre autres instances rattachées au conseil d'administration de l'Agence, soit le Forum de la population, la Commission médicale régionale (CMR), la Commission infirmière régionale (CIR) et la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR).



Ce plan d'organisation sera modifié au cours des prochains mois en regard de la mise en place des réseaux locaux de services ainsi que dans le cadre des activités de soutien aux établissements pour l'implantation des projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent.

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration tient compte des exigences de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. Pour l'année 2004-2005, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration n'a été signalé.

Les effectifs de l'Agence

Note 1 :	Exercice en cours 2004-2005	Exercice antérieur 2003-2004
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars 2004)		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	6	8
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers : (en date du 31 mars 2004)		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	63	62
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels :		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	18 523	16 549
• Équivalents temps complet [b]	10,14	9,06

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

1.4 Le Forum de la population

Le Forum de la population a pour mandat d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être et de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services. Dans le cadre de ce mandat, le Forum est appelé à formuler des avis et des recommandations au conseil d'administration de l'Agence.

Au cours de l'année 2004-2005, le Forum s'est réuni à trois reprises. Le premier dossier sur lequel les membres du Forum se sont prononcés concerne un avis sur le Cadre de référence sur les projets cliniques élaboré par l'Agence pour supporter les démarches des établissements. Cet avis favorable au cadre de référence sur l'élaboration des projets cliniques de la région propose également à l'Agence de réaliser les interventions suivantes en support à l'implantation des projets cliniques :

- Faire la promotion de la qualité des services et des soins à la population au même titre que l'accessibilité et l'intégration des services de santé et des services sociaux visées par les réseaux locaux de services;
- Développer un climat de travail basé sur des valeurs de respect, de confiance et de valorisation de la personne;
- Garder prioritaire l'aspect de prévention présentée dans le cadre de référence;
- Assurer une information la plus élargie possible;
- Faire connaître et partager le nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent avec le plus de partenaires régionaux;
- Rendre plus accessible le service Info-Santé avec un numéro de téléphone facile de mémorisation et en assurer une diffusion variée et constante;
- Retenir, comme investissement prioritaire, la création du dossier santé électronique interopérable;
- Faire en sorte que l'élaboration des ententes entre les partenaires du réseau soit faite de façon à éviter toute lourdeur administrative et favoriser la confiance mutuelle;
- Assurer l'accès à des services continus dans les spécialités de base dans les centres hospitaliers de la région.

Par ailleurs, afin de poursuivre leurs travaux, les membres du Forum se sont penchés sur un volet de leur mandat qui n'avait pas encore fait l'objet d'une attention spécifique, soit la satisfaction de la clientèle. Pour ce faire, un comité de travail a été formé et a proposé aux membres du Forum différentes approches pour aborder cette question. Ce travail a permis aux membres du Forum de formuler un avis préliminaire au conseil d'administration de l'Agence sur cette question le 20 avril 2005.

Le Forum a également pris connaissance des dispositions du projet de loi nº 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux le concernant et a, là aussi, formulé un avis, le 20 avril 2005, au conseil d'administration de l'Agence dans l'hypothèse de l'adoption des modifications proposées. Les membres du Forum de la population ont alors tenu à faire connaître leur avis favorable au maintien d'un mécanisme de participation de la population dans l'éventualité où le projet de loi nº 83, une fois adopté, ne permette pas le maintien du Forum de la population dans sa forme actuelle.

De plus, étant donné l'expérience concluante du Forum de la population dans la région du Bas-Saint-Laurent, les membres du Forum ont formulé un avis à l'effet que dans la perspective où un nouveau mécanisme de participation de la population soit maintenu par l'Agence, que celui-ci soit représentatif de la population des huit territoires locaux de services de santé et de services sociaux de la région et qu'il soit rattaché au conseil d'administration de l'Agence de qui il recevrait ses mandats et auprès de qui il rendrait compte de ses travaux.

1.5 Le Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) du Bas-Saint-Laurent a pour mandat de faire des recommandations à la présidente-directrice générale de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

Au cours de l'exercice financier 2004-2005, le DRMG a traité les dossiers suivants :

- Reconduction du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) transitoire en omnipratique pour l'année 2004 jusqu'au 31 décembre 2005;
- Élaboration d'une procédure et le suivi des avis de conformité au PREM;
- Consolidation d'une cible de 80 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique à travers l'annonce d'un ajout de 18 médecins de famille par le ministre en 2005;
- Émission des avis de conformité aux activités médicales particulières (AMP);
- Émission d'avis de conformité et reconnaisance de secteurs prioritaires comme la gériatrie, la trousse médico-légale, les sites d'hébergement du Centre jeunesse et les soins palliatifs;
- Réflexion sur la pratique en milieux éloignés, principalement dans la localité de St-Cyprien où il n'y a pas de médecin résident depuis trois ans;
- Déposition d'un registre de suivis des demandes de conformité au PREM;
- Appui et participation de membres du DRMG à la Table de concertation régionale des groupes de médecine de famille (GMF);
- Support au projet Unité de médecine familiale (UMF) des MRC de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et des Basques (KRTB);
- Accord du DRMG au renouvellement de l'entente nº 149 pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) d'Amqui et de Matane;
- Participation des membres du DRMG à la journée d'information « Implanter le dossier partageable dans le Bas-Saint-Laurent » et formation d'un comité de travail pour le dossier santé électronique interopérable;
- Encadrement de la démarche d'accréditation du nouveau GMF Grand-Portage;

- Développement d'un outil pour les activités médicales non comptabilisables par la RAMQ au service des directeurs de service professionnel des établissements de la région;
- Désignation de trois lieux pour les médecins boursiers en 2005 : centres hospitaliers de Notre-Dame-du-Lac, d'Amqui et de Matane;
- Appui à l'instrumentation clinique en GMF pour le développement des suivis systématiques à l'échelle régionale;
- Réflexion sur la coordination des modalités de transfert des patients orphelins des centres hospitaliers vers leur domicile afin de convenir d'une procédure régionale et sur l'accessibilité aux cliniques sans rendez-vous;
- Engagement du DRMG dans le cadre du projet d'intégration des services médicaux de 1re, 2e et 3e lignes;
- Support du DRMG aux demandes de modification du plan d'effectifs médicaux pour les MRC de Témiscouata, de Matane et de La Mitis;
- Participation d'un membre du DRMG au comité de travail en vue de la mise sur pied de l'organisation des services d'imagerie médicale.

Le chef du DRMG a participé :

- Au comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale;
- À des rencontres du Réseau universitaire intégré de Laval;
- À une journée de formation à l'intention des médecins gestionnaires du réseau de la santé;
- À la coordination et à l'élaboration des projets cliniques.

1.6 La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) du Bas-Saint-Laurent a tenu six réunions en cours d'année.

La période de renouvellement des membres de la Commission étant venue à échéance, trois nouveaux membres ont été désignés et neuf membres ont été reconduits.

Les sujets qui ont été débattus ou qui ont été soumis à la Commission pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence sont les suivants :

- Plan régional des effectifs médicaux spécialisés et en omnipratique.
- Réseaux universitaires intégrés de sante (RUIS).
- Implantation de huit réseaux locaux des services.
- Initiation des projets cliniques dans les réseaux locaux de services.

- Avis au conseil d'administration sur le choix des priorités d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés.
- Création d'un comité de travail de la CMR sur l'organisation régionale des services de radiologie. Ce comité a reçu le mandat de proposer, en collaboration avec les radiologistes et les établissements de la région, un modèle régional d'organisation de services en radiologie. Ce besoin découle de la baisse des effectifs médicaux en ce domaine et le déploiement prochain d'un système de communication d'archivage régional en imagerie médical. Le rapport du comité doit être déposé avant la fin de l'année 2005.
- Discussions sur la perspective régionale de créer une direction régionale de médecine spécialisée et cohabitation avec la CMR.

Les membres de la CMR ont de plus été invités à participer à des activités régionales regroupant les gestionnaires des établissements et les cliniciens dans le but de supporter des démarches de planification et de mise en branle de deux projets régionaux majeurs, soit le dossier patient informatisé et les projets cliniques.

Enfin, le président de la Commission a participé à ce titre aux réunions du Réseau universitaire intégré de santé de Laval de même qu'à une rencontre avec les responsables ministériels de la planification des effectifs médicaux.

1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale

La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale sont responsables envers le conseil d'administration de l'Agence de donner des avis dans leurs champs de responsabilités respectifs sur le plan professionnel en plus d'émettre des avis en ce qui a trait à l'accessibilité et la coordination des services ainsi que sur les approches novatrices.

Afin de concrétiser le mandat de ces deux commissions, le dossier de l'implantation des projets cliniques a été au cœur des présentations et des discussions des membres de ces commissions. Par ailleurs, afin de démontrer leur engagement envers l'implantation des projets cliniques, les membres des commissions ont convenu, à cet effet, de tenir des rencontres conjointes lors de leurs réunions régulières.

Ainsi, des discussions de ce type ont eu lieu également concernant les rôles et responsabilités des établissements locaux et de l'Agence dans le cadre de la démarche régionale d'implantation des projets cliniques et relativement au plan d'action ministériel sur les services en santé mentale.

2.1 Le soutien aux établissements pour l'implantation des projets cliniques

À la suite de la production du modèle d'organisation des réseaux locaux de services de l'Agence, celle-ci a procédé à l'élaboration d'un guide afin de supporter les instances locales dans la mise en place de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé de la population. Ce guide a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence, en juin 2004, et a reçu l'avis favorable du Forum de la population. L'Agence a privilégié de procéder par étape et de retenir, dans un premier temps, quatre projets cliniques couvrant les besoins d'autant de clientèles. Ces clientèles priorisées sont : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques, les jeunes ayant des problèmes d'adaptation sociale et leur famille. Ainsi, les huit instances locales du territoire ont reçu mandat de procéder à l'élaboration de projets cliniques couvrant ces quatre clientèles particulières. En cours d'année, la prise en compte des services généraux et l'intégration des services médicaux de 1re, 2e et 3e lignes s'est avérée un incontournable afin de soutenir la révision des services offerts aux quatre clientèles cibles retenues.

Un projet clinique, tel que conçu par l'Agence, considère l'ensemble des actions de prévention, de première ligne, les services spécialisés, de réadaptation et de soutien qui s'adressent à la population ou à des sous-groupes vulnérables et qui sont réalisées par des intervenants de l'instance locale ou par leurs partenaires des secteurs publics, privés ou communautaires, en collaboration avec leurs collègues des centres spécialisés aux niveaux régional et suprarégional.

En tant que partie prenante de cette démarche, l'Agence s'est engagée à soutenir les réseaux locaux dans les changements à venir. Concrètement, l'Agence a créé une fonction stratégique spécifiquement reliée au support à la mise en place des réseaux locaux. De plus, des porteurs régionaux des projets cliniques ont été identifiés pour chacune des clientèles retenues. Des porteurs de projets locaux ont également été identifiés par les établissements en cours d'année. Pour assurer une concertation continue au niveau régional, des tables de concertation ont été mises sur pied. Le mandat de chacune de ces tables a été de supporter chaque CSSS dans l'élaboration et l'implantation de ses projets cliniques; d'harmoniser les pratiques administratives, dans une optique d'équité entre les citoyens des différentes MRC; de valider les informations produites par le chargé de projet clinique local; de valider les diagnostics établis et d'apporter les correctifs requis; d'analyser et de discuter les processus cliniques sous l'angle de la pertinence, de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de suggérer, lorsque pertinent, la mise en application de solutions régionales permettant l'amélioration du continuum de services en fonction des cibles de résultats établies.

C'est ainsi que les principales activités réalisées par les établissements ont permis d'établir un diagnostic en regard de l'offre de service actuelle, de préciser les forces et faiblesses et d'identifier les zones de rupture de services et les pistes d'amélioration requises. Les prochaines étapes permettront d'élaborer un plan préliminaire de mise en œuvre et d'identifier les conditions à mettre en place permettant l'implantation des mesures

retenues et finalement de proposer des indicateurs de mesures et des outils d'évaluation régionaux et locaux.

Pendant cette période, le personnel de l'Agence a entrepris différentes démarches visant à soutenir les établissements. C'est ainsi qu'un accompagnement local a été offert par les porteurs de projet de l'Agence. Également, un bulletin d'information intitulé « Cap sur les projets cliniques » a été publié par l'Agence, des rencontres spécifiques avec les médecins du territoire ont été tenues.

Par ailleurs, la mise en œuvre des projets cliniques rendra nécessaire la conclusion d'ententes de service entre les CSSS et ses différents partenaires, et ce, selon plusieurs niveaux d'intervention. Afin de faciliter la concrétisation de telles ententes, l'Agence et les établissements ont adopté un projet d'entente cadre qui pourra servir de base de travail le moment venu.

Parmi les autres partenaires concernés par les projets cliniques et les ententes de service, les organismes communautaires représentent des partenaires privilégiés des CSSS. À ce niveau, et en prenant en considération les fondements même de l'intervention des groupes communautaires, l'Agence, de concert avec des représentants des organismes communautaires et des directeurs généraux des CSSS, a amorcé l'élaboration d'un document de référence visant à clarifier et faciliter l'interaction entre les organismes communautaires et les CSSS dans l'actualisation des travaux locaux entourant les projets cliniques.

2.2 Le dossier santé électronique interopérable

En prenant appui sur les actions réalisées en 2003-2004, l'Agence a poursuivi ses démarches visant à doter la région d'un dossier patient informatisé, aussi connu sous l'appellation : dossier santé électronique interopérable, lequel doit permettre un accès et une disponibilité de l'information clinique en temps réel aux cliniciens.

L'exercice 2004-2005 aura été l'occasion de convenir d'orientations stratégiques en matière de ressources informationnelles supportant la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Cette démarche s'est actualisée en premier lieu par l'adoption, en mars 2004, d'une vision commune en matière de ressources informationnelles. D'autre part, afin de favoriser l'implantation de cette vision et d'amorcer les travaux locaux, l'Agence a mandaté une firme externe afin d'évaluer le niveau d'intégration des services des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Également, une analyse des processus de circulation de l'information des dossiers clients et l'identification des différents formulaires cliniques utilisés a été effectuée dans les CSSS de la région du Bas-Saint-Laurent.

Au printemps 2004, une tournée a été réalisée par l'Agence auprès des médecins, des cliniciens, des gestionnaires et des administrateurs des CSSS visant entre autres à présenter la vision clinique d'organisation de services et de situer le développement des systèmes d'information supportant l'intégration des services.

De plus, l'Agence a présenté, dans le cadre des projets du Fonds des réseaux locaux de services, la phase 1 de la mise en place du dossier santé électronique intéropérable. Ainsi, deux de ses projets ont été acceptés par le Ministère. Il s'agit du dossier des index sur une base locale et régionale et du système « Admission, Départ, Transfert » (ADT) ainsi que du projet « Accès électronique aux résultats d'examens de laboratoire et de radiologie en temps réel aux cliniques médicales privées du Bas-Saint-Laurent ».

En regard de ces projets, les travaux de planification ont été réalisés. Plus spécifiquement, les manuels d'opération de projet ont été réalisés et présentés au Ministère. La planification établie prévoit le début des travaux à l'automne 2005. Un échéancier de 24 mois est prévu pour la réalisation de cette première phase.

Afin d'assurer une synchronisation et un arrimage stratégique en regard des orientations de services préconisées par l'Agence et des orientations technologiques établies par le Ministère, les travaux permettant l'élaboration d'un plan stratégique régional des ressources informationnelles ont été amorcés. Ce plan couvrira principalement la planification stratégique des ressources informationnelles sur l'horizon 2005-2007. Au fur et à mesure que les besoins d'informatisation découlant de l'actualisation des projets cliniques s'actualiseront, la planification stratégique sera mise à jour et réajustée le cas échéant.

2.3 Le plan d'action régional en santé publique 2004-2007

Le plan d'action régional de santé publique 2004-2007 s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le plan d'action régional de santé publique de l'Agence propose plusieurs défis concernant, entre autres, les services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents, les services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques, les activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents et des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Ce plan d'action régional traite également des différents domaines d'intervention et de protection en lien avec les maladies infectieuses, des domaines d'intervention qui concernent la santé environnementale ainsi que des activités de surveillance de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent. Le plan d'action régional de santé publique 2004-2007 vise à permettre aux différentes instances concernées de réviser ensemble les activités offertes en santé publique afin de recentrer les actions en fonction des nouvelles cibles prioritaires et des particularités du milieu.

2.4 Le plan d'action 2004-2005 du Programme régional de lutte contre le cancer

La réalisation du plan d'action 2004-2005 du Programme régional de lutte contre le cancer s'est poursuivie. Ce plan d'action prévoit la mise en place d'équipes interdisciplinaires locales en oncologie dans chacun des réseaux locaux de services de chaque territoire de MRC. Chaque réseau local a reçu le financement nécessaire à l'embauche d'une infirmière pivot (selon le nombre de cas annuels de cancers survenant sur leur territoire). Une formation a été offerte à ces nouvelles intervenantes qui sont graduellement entrées en

fonction en 2005. Les équipes ont par ailleurs reçu le guide et la formation concernant « L'intervention nutritionnelle chez la personne atteinte de cancer ». Enfin, le Comité régional de lutte contre le cancer a activement préparé la visite d'évaluation des équipes interdisciplinaires qui sera effectuée en octobre 2005 par le Groupe-conseil en oncologie du Ministère.

2.5 Les plans d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité pour l'année 2005

Le plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM) de l'année 2004 a été reconduit pour l'année 2005 en ce qui concerne la détermination des besoins. Ce plan régional a été adopté en avril 2005. Le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont convenu d'établir annuellement les objectifs de croissance, et ce, pour les prochaines années. Conformément aux recommandations du Département régional de médecine générale, le plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique reconnaît les besoins de médecins établis à 250,5 (équivalent temps plein) pour le Bas-Saint-Laurent. La cible de croissance autorisée par le Ministère pour l'année 2005 a été fixée à 18 omnipraticiens. Un certain nombre de principes ont été retenus pour effectuer la répartition de cette cible, soit, entre autres, de cibler prioritairement un objectif de croissance pour l'ensemble des municipalités régionales de comté (MRC) qui leur permettra d'atteindre un indice d'équité intrarégionale de 0,8 (ou 80 % de l'atteinte des besoins) pour l'année. Pour soutenir l'actualisation des PREM à l'échelle provinciale, une entente particulière relative au respect des PREM a été paraphée par le MSSS et la FMOQ.

Par ailleurs, le plan régional d'effectifs médicaux spécialisés 2005 a été adopté le 14 décembre 2004. Dans le cadre de l'élaboration de ce plan régional, une analyse des besoins exprimés par les établissements totalisant 231 médecins a d'abord été réalisée afin de permettre par la suite de déterminer le nombre de médecins spécialistes requis par les établissements, en tenant compte des orientations relatives à l'organisation des services médicaux préconisée en regard de la planification stratégique 2003-2006 et de la mise en place des réseaux locaux de services. En considération des objectifs de croissance autorisés par le Ministère et fixés à 33 médecins spécialistes pour l'année 2005, le plan régional prévoit donc un total de 209 médecins spécialistes pour la région du Bas-Saint-Laurent. À l'instar du PREM en omnipratique, les objectifs de croissance seront établis annuellement pour les trois prochaines années.

2.6 La poursuite de la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF)

La mise en place des groupes de médecine de famille dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du Groupe de médecine de famille de Rimouski. On dénombre maintenant quatre GMF dans le Bas-Saint-Laurent. Au 31 mars 2005, c'est plus de 20 000 personnes qui étaient inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF. Par ailleurs, la demande d'accréditation concernant le Groupe de médecine de famille du Grand-Portage a été déposée au Ministère. C'est donc un deuxième GMF qui pourra voir le jour dans la MRC de Rivière-du-Loup au cours des prochains mois. Mentionnons que deux autres groupes de médecins sont en démarche d'accréditation dans le Bas-Saint-Laurent.

2.7 Le développement et la consolidation des unités de médecine familiale en région

Au mois d'août 2003, la Faculté de médecine de l'université Laval produisait un appel d'offres pour l'implantation du programme de résidence en médecine familiale incluant la création de nouvelles unités de médecine familiale dans les différentes régions à l'extérieur des grands centres urbains du Québec. Cet appel s'inscrit dans le contexte d'une augmentation du nombre d'admission à la Faculté de médecine pour répondre aux besoins de la population québécoise en pénurie d'effectifs médicaux, favorisant ainsi l'installation de médecins en région, telle qu'elle a été souhaitée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ainsi, au CSSS des Basques, une équipe de travail intéressée au projet d'implantation d'une UMF s'est rapidement mobilisée. Pour s'assurer d'atteindre tous les objectifs requis pour son accréditation, le CSSS des Basques, qui assume le leadership de ce projet, a su rallier les MRC avoisinantes, soit les MRC de Rivière-du-Loup, de Témiscouata et de Kamouraska. Le projet d'implantation de l'UMF-KRTB a été déposé à la direction des affaires universitaire du Ministère à l'hiver 2004. Dans le même contexte, l'UMF de Rimouski a déposé une demande de rehaussement du budget fonctionnel et un devis exposant les besoins d'aménagement des locaux afin de valoriser l'enseignement qui y est offert depuis 20 ans.

2.8 L'application de l'entente sur les activités médicales particulières

En septembre 2003, le Conseil des délégués de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) adoptait la résolution afin de parapher l'entente relative aux activités médicales particulières (AMP), dont les quatre secteurs prioritaires, soit l'urgence, les soins aux patients admis en courte durée, les soins en CHSLD ou en soutien à domicile et l'obstétrique en établissement.

En regard de cette entente, le Département régional de médecine générale (DRMG) de la région a répertorié les AMP disponibles dans les établissements du territoire pour l'année 2004-2005 et fourni aux médecins les informations quant aux AMP qu'ils doivent effectuer selon le profil de pratique auquel ils appartiennent.

Également, le DRMG a convenu avec le comité paritaire MSSS-FMOQ de faire reconnaître certaines pratiques jugées prioritaires pour la région, dont la garde pour la trousse médico-légale pour l'équivalent de 12 heures/semaine d'AMP reconnue pour l'ensemble de la région.

2.9 Le projet d'intégration des services médicaux aux services de 1re, 2e et 3e lignes

Dans le cadre des projets d'intégration des services médicaux aux services de 1re, 2e et 3e lignes, les actions suivantes ont été réalisées :

- Rédaction et diffusion au niveau régional d'un cadre de référence sur la vision du projet clinique sous son aspect médical ayant comme objectif d'assurer la

compréhension des médecins et de susciter leur engagement dans la démarche d'implantation des projets cliniques.

- Collaboration à l'organisation d'une rencontre régionale sur le projet d'intégration des services médicaux aux services de 1re, 2e et 3e lignes. Cette rencontre s'adressait particulièrement aux directeurs généraux, aux directeurs des services professionnels, aux présidents de CMDP, aux chefs de département de médecine générale ainsi qu'aux membres du Département régional de médecine générale (DRMG) et de la Commission médicale régionale (CMR).

- Support aux quatre responsables de projets cliniques régionaux à la démarche d'élaboration et d'implantation des projets cliniques sur le territoire du Bas-Saint-Laurent eu égard au projet d'intégration médicale.

- Support au DRMG dans la démarche des projets cliniques et de l'organisation des services médicaux généraux.

2.10 Les activités du comité de coordination national sur les urgences

Deux services d'urgence ont reçu la visite du Centre de coordination national des urgences (CCNU) au cours de l'année 2004-2005 : le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, qui a mis en place un plan d'action et a vu sa performance s'améliorer sensiblement au cours des dernières périodes de l'année, et le Centre de santé et de services sociaux de Matane qui doit déposer son plan d'action le 31 mai 2005. Des travaux ont été menés régionalement pour choisir un logiciel d'informatisation des urgences (SIGDU); le début du déploiement est prévu pour l'exercice financier 2005-2006. De plus, un plan d'action régional des urgences a été élaboré.

2.11 Le comité de traumatologie

Un plan directeur en traumatologie a été réalisé avant la fin de l'exercice financier 2004-2005. Celui-ci comprend des objectifs au niveau de la promotion-prévention, des services préhospitaliers d'urgence, des services de santé physique et des services de réadaptation. Une étude de la surmortalité, à la suite des traumatismes dans la MRC de Témiscouata, a été menée et a démontré que la majorité des décès survenaient sur les lieux des accidents. Des travaux ont débuté afin de déterminer les corridors de traumatologie pour les services préhospitaliers d'urgence. Ceux-ci se poursuivront au cours de l'année 2005-2006 pour l'ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent.

2.12 Les services préhospitaliers d'urgence

Pour l'année 2004-2005, 16 525 transports ambulanciers ont été effectués, comparativement à 16 270 l'année précédente.

Au chapitre des réalisations en cours d'exercice financier en regard des services préhospitaliers d'urgence, les actions suivantes ont été réalisées :

- Signature des contrats de services 2003-2006 avec les entreprises ambulancières de la région.

- Obtention d'un financement additionnel pour la zone de Rivière-du-Loup afin d'augmenter la couverture du service ambulancier durant la nuit (24 h/semaine).

- Approbation et adoption par le comité de direction de l'Agence de la politique de déplacement des usagers de la région en fonction des orientations de la politique provinciale du Ministère.

- Obtention de la récurrence du budget des opérations du secteur santé du Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

- Remplacement et acquisition de 34 nouveaux moniteurs défibrillateurs pour les entreprises ambulancières de la région qui sont opérationnels depuis janvier 2005 dans tous les points de service ambulancier.

Formation des techniciens ambulanciers et des premiers répondants

- Application des protocoles de cessation des manœuvres à l'égard des victimes en arrêt cardiorespiratoire sans aucune chance de réanimation.

- Poursuite du Programme d'administration des médicaments pour les techniciens ambulanciers (PAMTA) pour les 3 médicaments suivants : Salbutamol, Nitroglycérine et Aspirine.

- Poursuite du Programme de formation continue pour les techniciens ambulanciers.

- Formation de base (60 heures) pour de nouveaux groupes de premiers répondants dans les municipalités d'Auclair et de Packington.

- Poursuite du Programme d'assurance qualité pour les techniciens ambulanciers et les premiers répondants. Ce programme qui préconise la révision des interventions des techniciens ambulanciers (combitube-moniteur défibrillateur semi-automatique [C-MDSA], administration des médicaments) sera revu dans son ensemble au cours de la prochaine année. Il permettra ainsi un suivi plus régulier et une rétroaction plus rapide auprès des techniciens ambulanciers. Des 307 interventions analysées en 2004-2005, une vingtaine d'entre elles seulement ont nécessité une rencontre avec le technicien ambulancier concerné pour une mise au point des problématiques survenues.

2.13 Les projets d'immobilisations et d'achats d'équipements médicaux spécialisés

2.13.1 Projets d'immobilisations dont le financement est assuré centralement par le Ministère

Les principaux projets d'immobilisations en cours, pour l'année 2004-2005, concernent les établissements suivants :

Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski

Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski a réalisé, dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, un plan directeur immobilier. Il en ressort que les travaux devront toucher en premier lieu le service d'imagerie médicale, le bloc opératoire et le rapprochement des soins critiques au Centre hospitalier régional de Rimouski. Cette séquence de plus de 9 400 m² qui totalisera des travaux et des équipements pour 30 M $ sera subdivisée en trois phases. La première phase d'une envergure de 14,5 M $ touchera principalement l'imagerie médicale, la pharmacie et les archives et est à l'étape du concept et des préliminaires. En ce qui a trait à l'agrandissement du département de radio-oncologie, les travaux de construction sont complétés. Actuellement, l'établissement travaille pour la mise en marche des nouveaux équipements. Ce projet a exigé des investissements de 6,1 M $ pour la construction et 9,2 M $ pour les équipements médicaux et le mobilier.

Centre de santé et de services sociaux de La Mitis

Dans le cadre des suites du Plan triennal 1995-1998, pour le volet sécurité-vétusté, rénovations fonctionnelles, le projet du CSSS de La Mitis prévoit le réaménagement de 130 lits de soins longue durée. De plus, des travaux de sécurité-vétusté touchant l'enveloppe extérieure et les services mécaniques et électriques du bâtiment sont inclus au projet. Les travaux ont été autorisés en mars 2003, au montant de 14,9 M $. Le processus d'appel d'offres a été complété au début de l'automne 2004. Les travaux ont été amorcés depuis janvier 2005.

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

Le 29 septembre 1997, le ministre a autorisé la « mise à l'étude » du projet de rénovations fonctionnelles du CSSS de Kamouraska touchant l'urgence, les soins intensifs, les cliniques externes, la radiologie, l'obstétrique de même que les unités de soins du centre hospitalier situé à La Pocatière. L'étape préliminaire est complétée. Le comité d'experts du Centre de coordination national des urgences a recommandé que des travaux soient effectués rapidement. Le projet évalué à 9,9 M $ a été révisé et un nouveau concept a été déposé au début de mars 2003. Une demande d'autorisation des travaux a été faite au début de l'automne 2004 et l'annonce pour la réalisation des plans et devis d'exécution a été effectuée le 25 avril 2005.

Projet de travaux mineurs pour l'amélioration de la qualité de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

À la suite du dépôt d'une liste de projets pour l'amélioration de la qualité de vie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région, le Ministère a octroyé une enveloppe spéciale de 1 325 444 M $ pour la réalisation de 11 projets. Pour plusieurs d'entre eux, les travaux sont en cours d'élaboration et devraient être complétés au cours des prochains mois.

2.13.2 Sommaires régionaux des fonds d'équipements et d'immobilisations

Les investissements pour des projets d'immobilisations
et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations			
Sécurité			470 302 $
Vétusté			3 464 934 $
Rénovation fonctionnelle			1 572 344 $
Augmentation de capacité			0 $
		Total :	5 507 580 $
Équipements			
Technologies de l'information			
Médirad (Système d'information en radiologie)	17 316 $		
Sicheld	54 323 $		
Autres projets	41 360 $		
			112 999 $
Équipements médicaux et autres			
Allocations directes :	1 615 677 $		
Équipements médicaux haute technologie	4 922 074 $		
Aides techniques	79 142 $		
Autres	1 296 358 $		
			7 913 251 $
		Total :	8 026 250 $

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements de la région Bas-Saint-Laurent
Acquisitions - Équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés

ÉTABLISSEMENT	PROJETS	SUBVENTION
CSSS de Kamouraska	Table d'opération électrique	60 000 $
CSSS de Rivière-du-Loup	Échographe cardiaque	250 000 $
	Équipement de monitoring	159 000 $
CSSS de Témiscouata	Développeur	15 091 $
CRSSS Rimouski	5e programme opératoire	1 022 000 $
	Échographe cardiaque	250 000 $
	Équipements de radio-oncologie	2 353 000 $

2.14 Les ajouts de ressources professionnelles en prévention des infections nosocomiales

La transmission des infections est un problème de santé publique qui affecte la population en général, mais plus particulièrement les personnes séjournant dans les établissements de santé. Différentes études produites récemment estiment que 30 à 40 % des infections seraient évitables par l'application adéquate de mesures de prévention.

Selon les résultats d'une enquête demandée en octobre 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des centres de santé et des services sociaux de la région, les mesures de prévention et de contrôle des infections à Clostridium difficile, telles que l'isolement des patients ou leur regroupement avec des patients ayant la même infection, l'accès à des vêtements de protection et l'affichage des précautions à prendre, sont appliquées dans les centres hospitaliers de la région. Toutefois, le nombre de professionnels en prévention des infections n'était pas optimal.

En 2004, un bilan des ressources professionnelles affectées à la prévention des infections (équivalent temps complet [ETP]) démontrait un écart à combler pour se conformer aux recommandations nationales de 1 ETP pour 133 lits de courte durée. À cet effet, l'Agence a contribué financièrement à l'ajout de ressources supplémentaires en prévention des infections dans les centres de santé et de services sociaux de chacune des huit municipalités régionales de comté (MRC) de la région afin de se conformer à la recommandation de 1 ETP par 133 lits de courte durée, mais aussi pour avoir 1 ETP pour 250 lits de longue durée, et ce, en conformité avec la recommandation du Comité sur les infections nosocomiales du Québec. La réduction anticipée des infections en CHSLD, et même en centre hospitalier (CH), justifie cet investissement (voir le tableau ci-dessous).

Ajout de ressources (professionnel ETP) en prévention des infections dans les centres de santé et de services sociaux selon les territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent, 1er novembre 2004

Centres de santé et de services sociaux selon les territoires de MRC Bas-Saint-Laurent	Professionnel en prévention infections Équivalent temps complet (ETP)
La Matapédia	0,6
Matane	0,6
La Mitis	0,4
Rimouski-Neigette	1,4
Les Basques	0,4
Rivière-du-Loup	1,2
Témiscouata	0,6
Kamouraska	0,6
Total des investissements	5,8

2.15 Le cadre de référence pour la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile

Les études sur le sujet révèlent qu'environ 30 % des personnes de 65 ans et plus font au moins une chute chaque année. L'une des conséquences les plus sérieuses des chutes sont les fractures. Pour plusieurs aînés, cet événement entraîne une perte de mobilité et d'autonomie qui les conduit souvent à l'hébergement institutionnel. Les chutes chez ces personnes constituent donc un important problème de santé publique.

Le cadre de référence sur la prévention des chutes, produit par le Ministère, suggère des interventions efficaces et prometteuses susceptibles d'en réduire le nombre et les conséquences. Ce document fut présenté et diffusé aux principaux acteurs de notre région et guide actuellement les travaux de prévention des chutes. Ces travaux sont intégrés au projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) de chaque centre de santé et de services sociaux de la région.

2.16 La production d'un avis sur la sexualisation précoce des filles et ses impacts sur leur santé

Le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes issu de la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent, en partenariat avec l'Agence, a produit un avis sur la sexualisation précoce des filles et ses impacts sur leur santé. Le Comité aviseur a décrit le phénomène de l'érotisation de l'image corporelle des filles tout en faisant ressortir les impacts de la sexualisation précoce sur la santé physique et mentale de ces dernières. De plus, il a identifié des solutions pour contrer ce phénomène. Cet avis a été reçu favorablement par le conseil d'administration de l'Agence et a été diffusé auprès de différents partenaires préoccupés par ce phénomène dans la région du Bas-Saint-Laurent.

2.17 Les interrelations entre l'Agence et les organismes communautaires

En 2004-2005, dans le cadre de l'enveloppe régionale des crédits aux organismes communautaires, une subvention de 12,2 M $ a été partagée entre 132 organismes communautaires de la région, ce qui représente une augmentation de 5,6 % par rapport à l'année précédente (11,5 M $). Dans cette perspective et en regard de l'analyse de chaque demande de financement, l'Agence s'est assurée du respect des règles et des normes édictées par le Ministère telles que décrites dans le Cadre de gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) et du Cadre de gestion de la reconnaissance du soutien financier des organismes communautaires de l'Agence. De plus, dans le cadre du suivi de la reddition de comptes, l'Agence s'est assurée que les organismes communautaires subventionnés lui transmettent les documents requis tels les rapports financiers, les rapports d'activités, les orientations et priorités, les données informatives et les plans d'action.

La contribution des organismes communautaires est importante dans le réseau de la santé et des services sociaux. Leur action se retrouve dans tous les champs d'intervention : santé physique et publique, santé mentale, violence, déficience physique et intellectuelle, jeunes, famille, personnes âgées et services à domicile, toxicomanie et sécurité alimentaire. On peut compter près de 1 500 travailleurs auxquels s'adjoignent de nombreuses personnes bénévoles membres de leur communauté.

De plus, en vertu de la loi nº 25 qui prévoit que les centres de santé et de services sociaux pourront conclure une entente avec un organisme communautaire dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services, un comité tripartite formé de représentants des centres de santé et de services sociaux de la région, des organismes communautaires et de l'Agence a été mis sur pied afin de convenir d'un document de référence pour baliser les collaborations et éventuellement les ententes qui pourraient intervenir entre une instance locale et un organisme communautaire.

2.18 La gestion des ressources humaines

L'année 2004-2005 aura été une période de transition et d'exploration en regard de façons d'être et de faire différentes, qui se sont avérées particulièrement exigeantes pour le personnel d'encadrement et pour l'ensemble des ressources humaines. Cette période de transition aura sans doute fourni l'opportunité d'amorcer une réflexion en profondeur sur l'évolution de certains processus et pratiques de gestion en relation avec l'actualisation des lois nº 25 et nº 30 portant sur les réseaux locaux de services, les projets cliniques et le regroupement des accréditations syndicales. Selon le cas, différents modèles, politiques, cadres de référence et instrumentations ont été travaillés, développés et proposés aux établissements du réseau sur les thèmes suivants : l'arrimage des projets cliniques avec le développement des compétences, la gestion de la contribution, la négociation locale, l'organisation du travail, la mobilisation des personnes, la révision de l'offre de service des ressources humaines et la relève des cadres intermédiaires.

Des programmes de formation spécifiques ont été mis en place ou se sont poursuivis pour différentes clientèles : les candidats à la relève des cadres intermédiaires, les superviseurs de 1er niveau, les intervenants en santé mentale en CLSC, les intervenants en CLSC pour le programme national de formation des centres jeunesse, infirmières auxiliaires en relation avec la loi nº 90 modifiant le Code des professions et autres.

Le comité de planification de main-d'œuvre (PMO) en soins infirmiers et autres catégories d'emploi regroupant différents intervenants provenant des établissements et des maisons d'enseignement de la région 01 (université, collèges, centre de formation professionnelle [CFP]) a produit un état de situation sur la main-d'œuvre régionale à partir des données du 31 mars 2004. On note que le nombre de finissants dans les différents programmes de soins infirmiers au Bas-Saint-Laurent répond aux besoins des établissements. Toutefois, on note des difficultés de recrutement, tout particulièrement pour les professionnels suivants : pharmaciens, ergothérapeutes, audiologistes, orthophonistes et neuropsychologues.

Dans le cadre du programme ministériel d'organisation du travail 2004-2006 (1re cohorte), la région du Bas-Saint-Laurent s'est vue attribuer un financement pour soutenir trois nouveaux projets d'organisation du travail totalisant la somme de 147 360 $. De plus, il est à noter que tous les établissements ont actuellement en cours des projets d'organisation du travail en soins infirmiers.

Le conseil d'administration de l'Agence a adopté un plan de main-d'œuvre régional en soins infirmiers et autres catégories d'emploi et un plan de coordination des stages. Un sous-comité du comité PMO en soins infirmiers et autres catégories d'emploi composé de représentants régionaux d'établissements de santé et de services sociaux, des maisons d'enseignement (université, collèges et CFP) et de l'Agence a été constitué afin d'assurer la coordination des stages. Ce sous-comité a adopté un cadre de référence et l'objectif vise à assurer une place de stage pour tous les étudiants.

Des mesures administratives particulières concernant le personnel clinique (infirmiers, infirmiers auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et inhalothérapeutes) ont été appliquées lors de la période estivale ainsi que lors de la période des fêtes 2004 afin de faciliter une disponibilité et une présence optimales au travail pour cette catégorie de personnel. Le soutien financier correspond à un montant de 225 981 $.

Par ailleurs, l'Agence a déposé au Ministère un plan d'action sur la mobilisation des ressources humaines 2004-2006 pour la région du Bas-Saint-Laurent. Tous les établissements ont convenu d'utiliser le questionnaire sur le climat organisationnel du Conseil québécois d'agrément.

Au chapitre de la sécurité d'emploi, 45 personnes ont été inscrites au cours de l'année 2004-2005 et au 31 mars 2005, 22 personnes sécuritaires d'emploi étaient toujours présentes sur les listes. De plus, 917 requêtes de postes ont été traitées, comparativement à 637 en 2003-2004. Pour ce qui est des cadres en stabilité d'emploi au 31 mars 2005, huit cadres étaient en replacement et six cadres en préretraite ou retraite représentant un total de 14 personnes. Il est à noter que le nombre de cadres en stabilité d'emploi est passé de 28 à 14 pour la période du 1er avril 2004 au 31 mars 2005.

Tout au long de l'année 2004-2005, les professionnels du Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs (SRPPST) ont soutenu et supporté les intervenants dans les établissements de la région. En ce qui concerne le volet prévention, les comités paritaires ont été réactivés ou sont en voie de l'être. Des ateliers de praxéologie se sont tenus dans huit centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région et le rapport final est en élaboration.

Les politiques en gestion de la présence au travail ont été révisées et l'assignation temporaire en assurance salaire a été implantée dans plusieurs établissements. Ainsi, au cours de la dernière année, on note une diminution de l'absentéisme. Celui-ci est passé de 6,50 % en 2003-2004 à 6,01 % en 2004-2005, ce qui correspond à une réduction de 36 392 heures rémunérées en assurance salaire, pour un total de 727 402 $.

2.19 Les communications et les relations avec la population

Les activités de communication

Support et coordination au niveau régional

L'Agence a joué un rôle de support-conseil en communication auprès des établissements de la région et également aux différentes directions de l'Agence. Ainsi, elle a assuré le

soutien logistique et les communications lors de plusieurs colloques et événements tenus en cours d'année dont, entre autres :

- Lancement de la campagne de promotion des fluorures organisée par les Agences du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, en collaboration avec les CLSC de ces régions, le 6 avril 2004.

- Tournée de la Clinique dentaire mobile dans le Bas-Saint-Laurent les 22, 23 et 24 mai 2004 afin de promouvoir le dépistage précoce du cancer buccal.

- Journée d'information sur le dossier patient informatisé pour améliorer la qualité des services le 18 juin 2004 à laquelle 200 acteurs du réseau régional sociosanitaire (administrateurs, gestionnaires, médecins, dentistes, pharmaciens et autres professionnels) ont participé.

- Inauguration du Groupe de médecine de famille de La Matapédia (GMF) le 6 juillet 2004.

- Organisation de la troisième édition du Jour-Tox! tenue le 18 novembre 2004 à laquelle ont participé 175 intervenants préoccupés par la toxicomanie.

- Formation/conférence sur l'allaitement maternel les 20 et 21 novembre 2004 sous le thème « Devenir parent, allaiter bébé : Entre nature et culture ».

- Lancement le 19 janvier 2005 du Bottin des résidences privées « ROSES D'OR » relatif à l'appréciation des résidences privées sans permis offrant des services pour aînés de la région. Ce bottin a été produit par la Fédération des clubs de l'Âge d'or de l'Est du Québec.

- Réalisation de la 6e édition du Défi « J'arrête, j'y gagne » dans le Bas-Saint-Laurent lancée en janvier 2005.

- Diffusion d'un message de persévérance scolaire et d'espoir pour les jeunes du Bas-Saint-Laurent sur presque un million de contenants de lait en partenariat avec le lait Québon en février 2005.

Coordination des activités promotionnelles nationales des campagnes ministérielles

L'Agence a également coordonné au plan régional les campagnes du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent. Au cours de cette année, des activités régionales de diffusion de matériel se sont déroulées dans le cadre de la campagne sur les médicaments, sur l'influenza, sur le virus du Nil occidental (VNO), sur le Programme de promotion des aînés et sur les habitudes de vie et la promotion d'activités dans le cadre de l'événement « Plaisir sur glace » de Kino-Québec.

Collaboration au Portail régional du Bas-Saint-Laurent

L'Agence a collaboré au Portail régional du Bas-Saint-Laurent en fournissant de l'information dans la section santé et services sociaux. Coordonné par Communication-Québec, le Portail régional est un outil Internet permettant aux citoyens d'accéder facilement et rapidement à l'information sur l'actualité gouvernementale du Québec. Par ailleurs, en cours d'année, l'Agence a entrepris des travaux pour se doter d'un site Internet afin de favoriser une accessibilité accrue à l'information sur ses activités et celles des établissements du réseau.

Relations de presse

L'Agence s'est assurée également de fournir à la population une information continue. À ce titre, 24 communiqués de presse ont été produits et le personnel de l'Agence a donné suite à une soixantaine de demandes d'entrevues de la part des journalistes.

Publications et moyens de communication

En cours d'année, un numéro du bulletin d'information Info-CA, deux éditions du bulletin d'information Complicité ainsi que deux numéros du nouveau bulletin « Cap sur les projets cliniques » ont été publiés. De plus, l'Agence a coordonné la publication de dépliants, de brochures et de documents d'information.

Les activités de reconnaissance

Pour une dix-septième année consécutive, l'Agence a décerné les « Prix de reconnaissance » afin de souligner les efforts typiquement régionaux, les innovations et l'implication des différents partenaires du réseau et des autres secteurs d'activité qui se sont distingués par la grande qualité des soins et des services offerts à la population. Les candidatures qui ont été primées démontrent tout l'engagement, le dynamisme et le goût pour l'innovation de ces femmes et de ces hommes qui forment le réseau de la santé et des services sociaux. De plus, l'Agence a coordonné régionalement les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux.

Les droits et responsabilités des usagers et l'amélioration de la qualité des services offerts

L'année 2004-2005 a été marquée par l'entrée en vigueur d'un nouveau logiciel, le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS). Des sessions de formation en regard de l'implantation de ce logiciel ont été organisées au niveau régional en septembre 2004 avec la collaboration de Sogique. Un rapport synthèse portant sur l'examen des plaintes effectué par l'ensemble des établissements de la région par l'Agence a été produit. Ainsi, l'ensemble des établissements ont traité 317 plaintes en 2004-2005. Pour sa part, l'Agence a procédé à l'examen de 15 plaintes d'usagers. Par ailleurs, l'Agence a procédé à l'examen de 16 demandes d'intervention dont 13 d'entre elles concernaient des personnes hébergées

dans des résidences privées ne détenant pas de permis du Ministère. Par ailleurs, l'Agence a répondu à 31 demandes d'assistance au cours de cette période.

Les mécanismes de consultation et de participation de la population à l'administration du réseau

Au cours du printemps 2004, l'Agence a coordonné le processus d'élection et de désignation des membres de la Commission médicale régionale. Par ailleurs, un support a été offert aux responsables des élections de conseils d'administration des établissements dans le cadre du suivi de ce processus lors de vacances survenant au cours du mandat de 3 ans des membres de leur conseil d'administration.

CHAPITRE 3 : LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2004-2005

L'année 2004-2005 a été une année charnière marquée par l'appropriation du suivi de gestion par les gestionnaires et les intervenants des établissements de santé et de services sociaux.

Cette appropriation s'est concrétisée suite à la signature d'une entente de gestion avec chacun des établissements. L'entente signée convenait d'une offre de service visant à assurer un accès comparable aux services quel que soit le territoire de résidence des personnes. Au cours de l'année, l'évolution de l'offre de service et l'atteinte des cibles fixées dans l'entente ont fait l'objet d'un suivi auprès des directeurs généraux des établissements.

Cette seconde année de l'implantation d'un suivi de gestion sur l'offre de service a permis de dépasser le simple stade de la transmission des données selon le calendrier fixé. Ainsi, la validité des sources de données a été questionnée et certaines lacunes, qui n'auraient pu l'être autrement, ont été identifiées. Des mesures ont été mises en place ou des changements sont initiés afin de corriger ces lacunes. L'offre de service a également été questionnée suite à l'information ainsi rendue disponible sur les services offerts. Cette information sur les services se traduira au cours de l'année 2005-2006 par des ajustements substantiels dans l'offre de service touchant certains programmes.

L'année 2005-2006 permettra ainsi de compléter l'implantation du suivi de gestion par la consolidation des éléments suivants :

- La fiabilité dans l'imputation des données lors de la saisie;
- La mise à jour des politiques et procédures de gestion des listes d'attente;
- Le développement de systèmes d'information existants pour permettre la saisie des données des services de première ligne non monitorés, notamment en santé publique;
- L'identification de personnes dédiées au suivi de gestion et à la vérification des données dans les établissements.

L'implantation de la reddition de comptes dans le réseau de la santé permet déjà, au-delà de l'information produite sur les services, d'accentuer une offre de service de base comparable d'un territoire à l'autre.

Le présent bilan de suivi de gestion fait état des résultats attendus et des réalisations pour chacun des axes d'intervention suivant :

- Services médicaux généraux
- Soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale
- Perte d'autonomie : Services dans le milieu de vie
- Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut
- Déficience physique : Services dans le milieu de vie
- Déficience physique : Services spécialisés
- Déficience intellectuelle : Services dans le milieu de vie
- Troubles envahissants du développement

- Jeunes en difficulté : Services spécialisés offerts dans les centres jeunesse
- Toxicomanie
- Jeu pathologique
- Santé mentale
- Urgence
- Soins palliatifs
- Lutte contre le cancer
- Hanche
- Genou
- Cataracte
- Chirurgie d'un jour
- Chirurgie avec hospitalisation
- Femmes victimes de violence
- Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

3.1 Le bilan de suivi de gestion selon les axes d'intervention

3.1.1 Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2004-2005 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- Présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;

- Présentent des données exactes dans la mesure où l'information sur les services et la clientèle a été saisie et imputée correctement dans les systèmes d'information.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2004-2005.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

3.1.2 Services médicaux généraux

Résultats attendus	Augmenter la proportion de la population inscrite auprès d'un GMF
	Augmenter le nombre de GMF

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Proportion de la population inscrite auprès d'un GMF (selon le dénominateur établi par le MSSS, soit 70 % de la population total du Québec)	0,39 %	0,39 %
Nombre de GMF (GMF nouvellement accrédité ou en attente d'accréditation)	3	2

Commentaires

Proportion de la population inscrite auprès d'un GMF

La cible atteinte correspond à la projection de la clientèle susceptible de s'inscrire (1 500 personnes inscrites/ ETP, 2 ans après la date d'accréditation).

Nombre de GMF

La cible fixée à 3 GMF nouvellement accrédités ou en attente d'accréditation a été en théorie atteinte. Un GMF a été accrédité en juillet 2004 et deux groupes de médecins, initialement intéressés à former chacun un GMF, se sont regroupés pour former un seul GMF. Leur demande d'accréditation a été déposée au Ministère en mars 2005.

Deux autres groupes de médecins sont actuellement en réflexion ou en démarche en vue de déposer une demande d'accréditation.

3.1.3 Soutien à domicile suite à une intervention chirurgicale

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies	1 828	1 890

Commentaires

Le nombre de personnes desservies a dépassé la cible fixée. Ce résultat indique une augmentation supérieure à l'augmentation prévue du nombre de personnes desservies comparativement à 2003-2004, même si le volume de chirurgies réalisé en 2004-2005 se compare à celui de 2003-2004. Ainsi, 135 personnes de plus qu'en 2003-2004 ont reçu ces services en 2004-2005.

Tous les CSSS répondent aux demandes de services de soutien à domicile rendus nécessaires suite à une intervention chirurgicale. Aucune personne n'a subi d'attente de services.

3.1.4 Perte d'autonomie : Services dans le milieu de vie

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes recevant des services à domicile	5 537	6 077
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année	20,3	20,0

Commentaires

L'augmentation du nombre de personnes desservies pourrait être liée en partie à des erreurs d'imputation dans la codification des interventions dans I-CLSC entre différentes clientèles : déficience physique, soins post-chirurgie. L'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement n'a pas été modifiée en 2004-2005 comparativement à 2003-2004. Des démarches d'amélioration de la codification se poursuivent.

Parallèlement, les travaux menant à l'implantation dans chaque CSSS du volet « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » du projet clinique amènent une révision des critères d'admission et de sortie des services de soutien à domicile. Il en résultera une harmonisation de l'offre de service et des pratiques entre les territoires visant le maintien à domicile de clientèles plus lourdes en intensifiant la fréquence des services rendus.

3.1.5 Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut

Résultats attendus	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	2,93	2,98
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,24	0,24

Commentaires

Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance ainsi qu'en services professionnels se situe au-delà des seuils déterminés par le Ministère pour ces services en 2005-2006, soit respectivement 2,8 et 0,19 heures de service par jour-présence.

Le dépassement des heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance prévues pour 2004-2005 est lié principalement à des contingences organisationnelles tels l'ajout d'heures pour suppléer à une personne en accident de travail qui ne peut exécuter toutes les tâches et le recours à des infirmières-auxiliaires en sécurité d'emploi plutôt qu'à des préposés.

3.1.6 Déficience physique : Services dans le milieu de vie

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies	2 232	2 317
Nombre de familles desservies	245	226

Commentaires

Le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile correspond à 27 % du nombre estimé de personnes admissibles et le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe à 5,3 % du nombre de familles naturelles admissibles à ces services. Les résultats obtenus en 2004-2005 se situent au deçà de la cible de services de soutien à domicile de 16,8 % visée par le Ministère en 2010 et au-delà du seuil de services de soutien aux familles fixé à 3,5 % pour 2005-2006.

Toutes les demandes de soutien à domicile ont reçu réponse. Toutes les familles jugées admissibles aux services de soutien par allocation directe selon la politique du Ministère ont également reçu réponse. Ainsi, aucune personne, ni famille n'est en attente de services.

3.1.7 Déficience physique : Services spécialisés

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience motrice
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience visuelle
	Augmenter le nombre de personnes desservies en déficience auditive
	Augmenter le nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies en déficience motrice	689	715
Nombre de personnes desservies en déficience visuelle	344	295
Nombre de personnes desservies en déficience auditive	180	259
Nombre d'enfants desservis pour une déficience de la parole et du langage	144	124

Commentaires

En général, quel que soit le type de déficience, la capacité de recrutement et de remplacement du personnel spécialisé est le facteur qui explique les résultats observés et l'atteinte ou non des cibles.

À l'exception des services de réadaptation en déficience de la parole et du langage où une augmentation du nombre d'enfants desservis était prévue en 2004-2005 comparativement à 2003-2004, tous les autres services devaient maintenir le nombre de personnes desservies l'année précédente.

En déficience motrice et auditive, le nombre de personnes desservies a dépassé les cibles fixées pour l'année 2004-2005 en augmentant respectivement de 26 le nombre de personnes desservies en déficience motrice et de 79 le nombre de personnes desservies en déficience auditive.

En déficience visuelle, le nombre de personnes desservies est inférieur à la cible visée en raison de l'absence pour congé de maladie de l'unique optométriste spécialisé en basse vision.

En déficience de la parole et du langage, le nombre d'enfants desservis est inférieur à la cible fixée en raison de difficultés de recrutement d'orthophonistes. Cependant, malgré cette situation, le nombre d'enfants en attente de services n'a pas augmenté.

En 2005-2006, les résultats attendus quant au nombre de personnes desservies par des services spécialisés de réadaptation sont une augmentation du nombre de personnes desservies et une réduction sensible du nombre de personnes en attente de services. Les modalités liées à la dispensation de ces services sont actuellement en cours de discussion avec les établissements concernés.

3.1.8 Déficience intellectuelle : Services dans le milieu de vie

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile
	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de personnes desservies	259	268
Nombre de familles desservies	181	179

Commentaires

En 2004-2005, le nombre de personnes desservies par des services de soutien à domicile correspond à 4,6 % du nombre estimé de personnes admissibles et le nombre de familles desservies par allocation directe à 15 % du nombre de familles naturelles admissibles à ces services. Les résultats obtenus en 2004-2005 se situent au-delà du seuil de services de soutien à domicile de 4,6 % visé par le Ministère en 2005-2006 et de celui des services de soutien aux familles fixé à 13,2 %.

Le suivi en 1re ligne de personnes antérieurement desservies uniquement par le CRDI sur un territoire de services peut expliquer l'augmentation du volume de personnes desservies.

Toutes les demandes de soutien à domicile ont reçu réponse. Toutes les familles jugées admissibles selon la politique du MSSS ont également reçu réponse. Ainsi, aucune personne ni famille n'est en attente de services.

3.1.9 Troubles envahissants du développement

Résultats attendus	Augmenter le nombre de familles desservies par des services de soutien par allocation directe
	Augmenter le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre de nouveaux enfants (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés
	Augmenter le nombre de nouveaux adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de familles desservies	56	74
Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	9	8
Nombre de nouveaux usagers (6 à 21 ans) recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	5	5
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant des services spécialisés	5	6

Commentaires

Services de soutien aux familles par allocation directe

Le nombre de familles desservies en allocation directe est plus élevé que la cible. La règle fut de répondre à toutes les demandes admissibles selon la politique du MSSS.

Enfants de moins de 6 ans

Le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) est passé en 2003-2004 de 5 à 8 enfants en 2004-2005. La cible fixée à 9 enfants aurait été atteinte si les parents d'un des enfants ayant bénéficié de tout le processus évaluatif n'avaient pas refusé de poursuivre, ce qui a retardé le processus évaluatif d'un autre enfant.

Le nombre moyen d'heures de service est de 17,7 heures et s'explique par des absences maladie ou pour des rendez-vous médicaux ou autres de l'enfant sans que soit reportée l'intervention prévue, les parents n'acceptant pas dans certains cas de reporter l'intervention à un autre moment.

Les enfants de 0-5 ans et leur famille bénéficient de l'intervention d'une éducatrice en plus du service ICI afin de répondre aux autres besoins de la famille tels que le répit, l'intervention familiale ou auprès de la fratrie.

Personnes de 6 à 21 ans et adultes de plus de 21 ans

Le nombre de nouveaux usagers desservis en 2004-2005, respectivement de 5 et 6 personnes pour ces deux groupes d'âge, a permis d'atteindre les cibles visées.

Les services offerts à ces personnes sont, pour la majorité de celles-ci, des services en approche DI.

En 2005-2006, l'organisation des services aux personnes ayant un trouble envahissant du développement priorisera les services aux enfants 0-5 ans, ce qui se concrétisera par l'absence de liste d'attente pour tous les nouveaux enfants diagnostiqués TED.

3.1.10 Jeunes en difficulté : Services spécialisés offerts dans les centres jeunesse

Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation	18	23
Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures	8	8
Taux d'engorgement réel	0	0,25

Commentaires

La cible visant la réduction du nombre de jeunes en liste d'attente à l'évaluation n'a pas été atteinte alors que la diminution visée pour le nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures a été atteinte.

Le taux d'engorgement de 0,25 % représente des situations exceptionnelles qui se sont produites exclusivement au cours de la période 1.

Liste d'attente à l'évaluation

Même si le nombre de jeunes sur la liste d'attente à l'évaluation est plus élevé que la cible prévue, le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent assure une réponse immédiate aux situations urgentes de code 1 et une réponse dans les 24 heures pour des situations de code 2 selon les normes en vigueur. Ces situations, traitées prioritairement, permettent d'assurer un filet de sécurité pour les enfants qui vivent les situations les plus préoccupantes. Cependant, ce choix implique, dans le contexte actuel d'une disponibilité restreinte des effectifs, un délai pour les autres situations même si le délai moyen d'attente à l'évaluation a diminué de près de 2,4 jours en 2004-2005 comparativement à 2003-2004, passant de 26,9 à 24,5 en 2004-2005.

Liste d'attente à l'application des mesures

Le faible nombre de jeunes en attente à l'application des mesures reflète le choix fait par le Centre jeunesse d'assurer une réponse rapide à l'application des mesures dès qu'une situation est évaluée en compromission.

Taux d'engorgement

Les résultats obtenus sur le taux d'engorgement reflètent la gestion serrée du Centre jeunesse pour optimiser les places disponibles, utiliser les ressources des régions limitrophes et opter pour des mesures spécifiques telles que l'ouverture d'unité temporaire en cas de débordement. Ces mesures se maintiendront au cours de l'exercice financier 2005-2006.

Afin d'atteindre les cibles visées à l'évaluation en 2005-2006, tout en maintenant la performance à l'application des mesures, le Centre jeunesse va mettre en place les mesures suivantes : l'augmentation de la charge de cas de 5 nouveaux cas/intervenant se rapprochant ainsi des normes en vigueur au MSSS, la mise en place d'une gestion d'équipes par territoire partagé afin de répondre plus promptement aux situations de pointe, la poursuite des efforts de recrutement de personnel pour combler les départs ainsi que les absences pour raison de maladie ou de vacances et le dégagement d'un montant de 65 000 $ pour supporter la prestation de services lors des périodes de pointe.

3.1.11 Toxicomanie

Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes évalués et référés par le mécanisme d'accès	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès	125	345

Commentaires

Au cours de l'année 2004-2005, 345 jeunes ont été évalués parmi lesquels 35 jeunes ont été référés à des services de traitement et de réadaptation.

Le nombre de jeunes évalués inclut un peu plus de 200 jeunes dont l'évaluation a été réalisée par contrat de services avec six commissions scolaires de la région. Ces services d'évaluation s'inscrivaient dans le cadre du Programme d'intervention de groupe « PIF Jaune ». Ces interventions de première ligne en milieu scolaire sont complémentaires à celles effectuées dans le cadre des activités requises à titre de mécanisme d'accès à des services spécialisés.

Un budget récurrent a été consenti à l'établissement opérant ce service afin d'ajouter un intervenant dédié spécifiquement à la jeunesse et ainsi consolider les services auprès des jeunes.

3.1.12 Jeu pathologique

Résultats attendus	Augmentation du nombre de joueurs pathologiques traités	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de joueurs pathologiques traités	196	189

Commentaires

La cible 2004-2005 a été fixée en reconduisant les résultats obtenus durant l'année précédente.

Ainsi, le nombre de joueurs pathologiques traités en 2004-2005 est sensiblement comparable aux résultats obtenus en 2003-2004.

Les services de réadaptation individuelle et de groupe destinés aux joueurs pathologiques sont offerts dans la région par trois organismes, dont deux organismes communautaires.

Dans l'éventualité où une compagne nationale d'information sur le jeu pathologique et les services offerts était déployée, une augmentation sensible du nombre de joueurs pathologiques traités pourrait être enregistrée.

3.1.13 Santé mentale

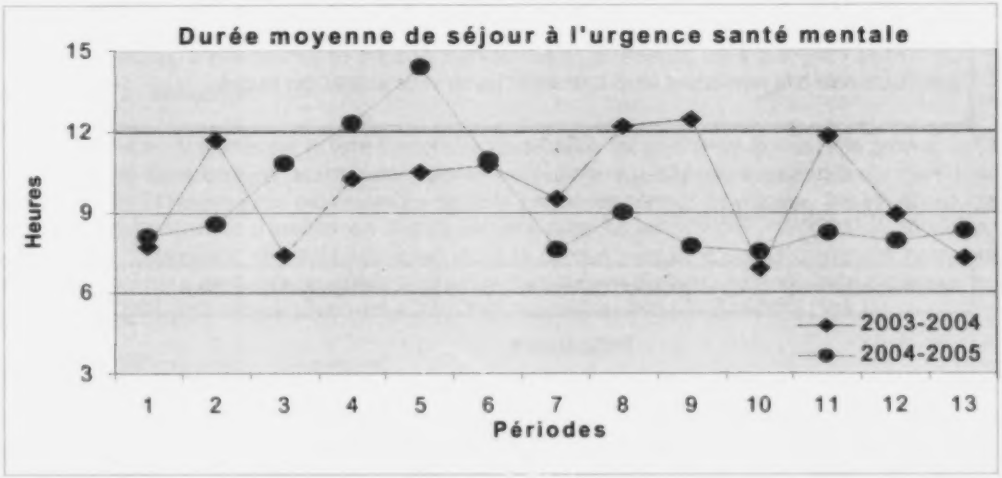
Résultats attendus	Réduire la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale
	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable dans la communauté

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence	10	9,3
Nombre d'adultes différents desservis en suivi intensif intégré et en équipe	251	244
Nombre d'adultes différents desservis en soutien continu	408	303

Commentaires

Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence

La durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes ayant un problème de santé mentale est de 9,3 heures, ce qui est en deçà de la cible fixée à 10 heures. C'est une amélioration par rapport à l'année précédente où la durée moyenne de séjour était de 10 heures.



Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de suivi intensif ou de soutien continu dans la communauté

Le suivi intensif en équipe dans le milieu est implanté dans chacun des territoires de CSSS de la région. La coordination de ce service est rattachée administrativement aux CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski.

Pour les deux sous-régions, la cible régionale a été rejointe. Par ailleurs, selon les paramètres du MSSS, le nombre de suivi intensif intégré et en équipe par rapport au nombre de suivis à effectuer dans la région devrait être moindre. Par contre, selon les indicateurs du MSSS, le nombre de soutien continu devrait être supérieur à celui enregistré régionalement.

En ce qui concerne ce dernier service, chaque CSSS en est responsable. Certains établissements n'ont pas atteint leur cible initiale, particulièrement en raison d'un problème d'inscription des données au système I-CLSC durant l'année 2003-2004. Lors de l'identification de la cible de départ 2004-2005, les établissements se sont basés sur les données non validées provenant du I-CLSC. Mentionnons qu'en 2004-2005, de nouveaux efforts importants ont été déployés auprès des intervenants afin de les former à une codification adéquate des interventions dans le système I-CLSC.

Les services de suivi intensif et de soutien continu créent de la confusion chez plusieurs gestionnaires et intervenants. En 2005-2006, des actions seront menées régionalement pour clarifier et revoir les modalités d'application de ces deux types d'intervention en tenant compte des paramètres ministériels en santé mentale.

3.1.14 Urgence

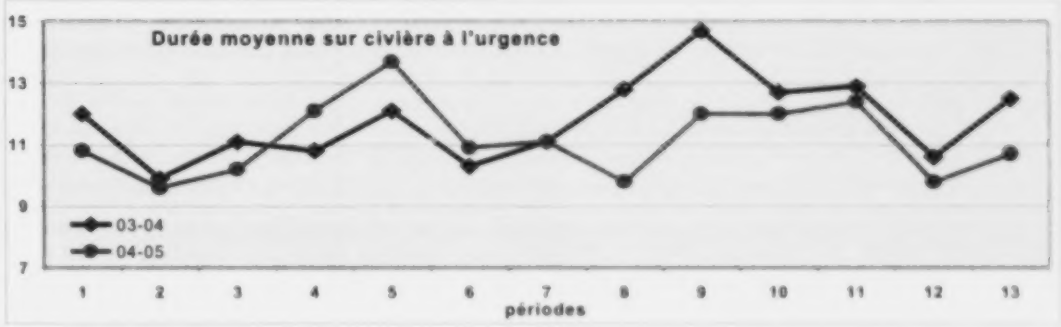
Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur civière

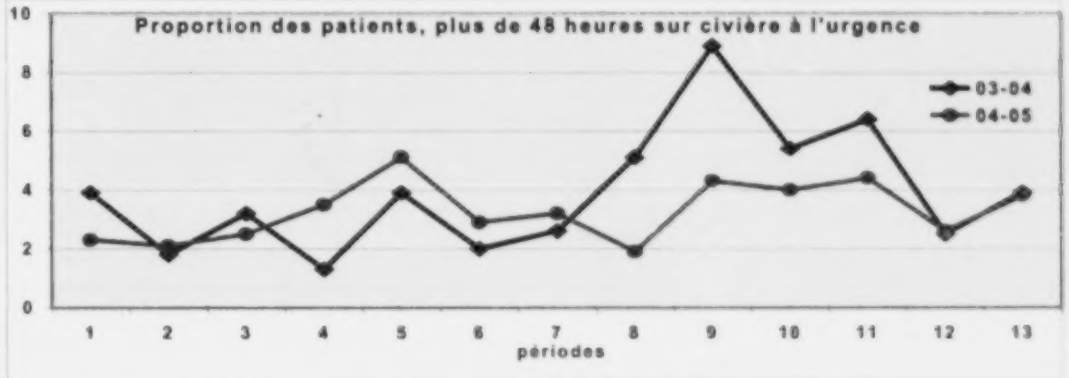
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Durée moyenne de séjour en heure	11,8	11,15
Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus	2	3,25

Commentaires

La cible visant la durée moyenne de séjour sur civière a été atteinte avec une moyenne de 11,15 heures en 2004-2005. La cible de 2 % des patients demeurant plus de 48 heures sur civière n'a pas été atteinte. L'écart avec la cible est de 1,25 %.

Ces deux résultats constituent une amélioration par rapport à l'année 2003-2004, la durée moyenne de séjour et le pourcentage de séjour de 48 heures ou plus étaient respectivement de 11,8 heures et de 3,92 %.





Deux des trois urgences monitorées ont fait l'objet d'une évaluation par le Centre de coordination national des urgences (CCNU). Suite au rapport du CCNU, une des urgences a déposé et mis en application un plan d'action en 2004-2005. Cet établissement a connu une amélioration importante de ses indicateurs au cours des dernières périodes de l'année. La seconde urgence déposera d'ici le 31 mai 2005 son plan d'action dont l'application débutera en juin 2005.

3.1.15 Soins palliatifs

Résultats attendus	Augmentation du nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile
	Augmentation du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	663	782
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,5	16,0

Commentaires

La cible visée en 2004-2005 pour les soins palliatifs a été fixée en reconduisant les résultats obtenus en 2003-2004.

L'augmentation du nombre d'usagers desservis entre 2003-2004 et 2004-2005 peut s'expliquer en partie par une codification plus rigoureuse des interventions et en partie par une augmentation réelle du nombre de personnes recevant des soins palliatifs à domicile et une intensité également plus élevée de soins.

Ces résultats sont cohérents avec la diminution rapportée de la durée de séjour des personnes qui décèdent en centre hospitalier dans des lits de courte durée et le vieillissement plus prononcé de la population du Bas-Saint-Laurent.

Des différences importantes dans l'offre de service entre les CSSS sont observées. La démarche en cours, dans le cadre du volet « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » du projet clinique, en vue d'harmoniser les pratiques en matière de soutien à domicile, devrait régulariser la situation à moyen terme.

3.1.16 Lutte contre le cancer

Résultats attendus	Réduire à zéro le nombre de patients en attente de plus de 8 semaines pour des traitements de radio-oncologie

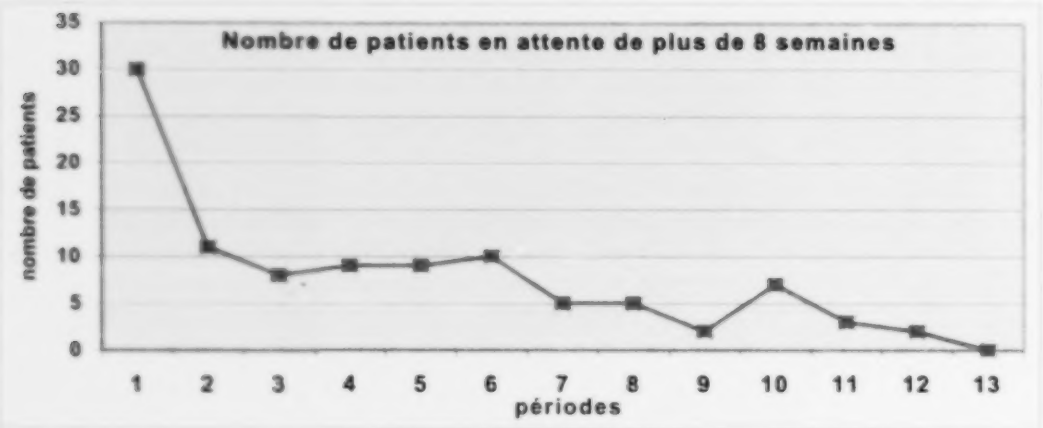
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines	0	0

Commentaires

La cible portant sur la réduction à zéro du nombre de patients en attente de plus de 8 semaines pour des traitements en radio-oncologie a été atteinte. Ainsi, au 31 mars 2005, aucun patient n'était en attente de plus de 8 semaines comparativement à 43 au 31 mars 2004. Cet objectif a été rencontré grâce à la combinaison de deux facteurs principaux.

Premièrement, le programme ministériel spécial visant le financement d'heures supplémentaires effectuées par les technologues a permis d'ajouter, aux plages horaires habituelles, 338 heures supplémentaires de fonctionnement. Pendant cette période, 47 nouveaux patients ont pu recevoir des traitements.

En second lieu, tenant compte du retour au travail de plusieurs technologues suite à des congés de maternité et de maladie, l'établissement a pu compter, en 2004-2005, sur une équipe plus stable et couvrir ainsi ses besoins en main-d'œuvre. Progressivement, en cours d'année, les heures de fonctionnement des deux accélérateurs ont été augmentées passant d'une moyenne quotidienne de 17 heures à 19 heures. L'accroissement de cette plage horaire a permis de traiter davantage de patients, et ceci, d'une manière plus régulière.



Également, pour la présente année, le nombre total de patients en attente est passé de 108 à 49.

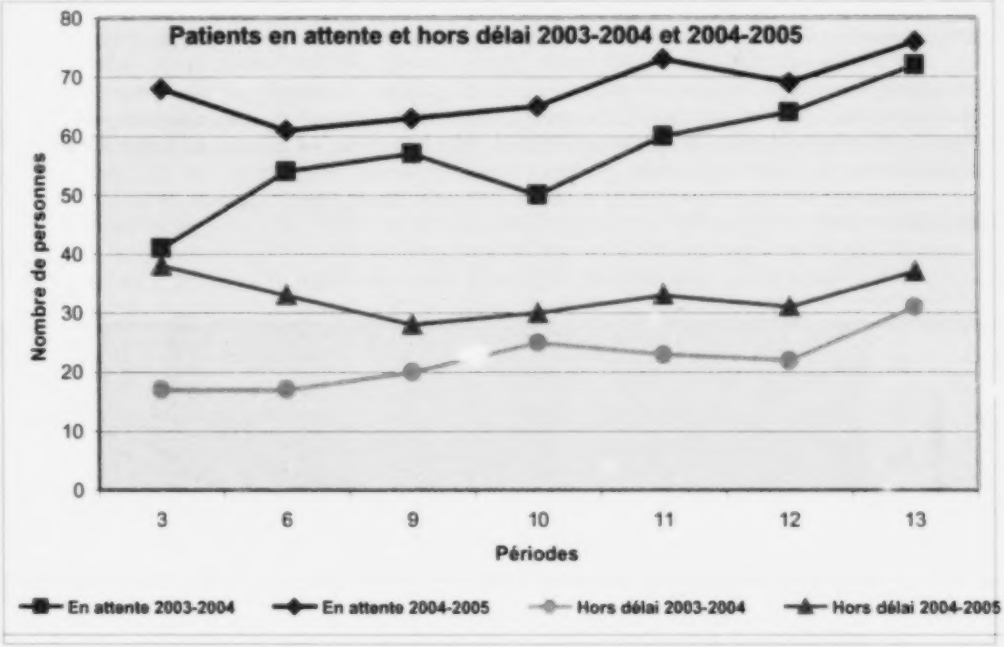
Pour la prochaine année, la région bénéficiera d'un troisième accélérateur dont la date de mise en opération est prévue le 1er octobre 2005. Tenant compte du respect de cet échéancier, cette capacité supplémentaire de traitement permettra de diminuer de façon substantielle le temps moyen d'attente en radiothérapie et de faire en sorte qu'aucun patient ne soit traité dans des délais médicalement inacceptables.

3.1.17 Hanche

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement de la hanche	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	144	143

Commentaires

L'augmentation visée du nombre de chirurgies du remplacement de la hanche a été atteinte à une unité près. Toutefois, comparativement à 2003-2004, la région accuse une baisse de 9 chirurgies en ce domaine. Des ruptures de services en anesthésiologie expliquent cette diminution. En conséquence, le nombre de patients en attente de chirurgies de la hanche est passé de 72 à 76, et celui des patients hors délai de 31 à 37.



Pour l'année 2005-2006, les renseignements disponibles à ce jour sur le recrutement des effectifs médicaux, notamment ceux portant sur l'anesthésiologie et la chirurgie, laissent présager certaines difficultés quant à la capacité de production. En 2005-2006, l'objectif visé est de tendre au maintien des résultats actuels en chirurgie.

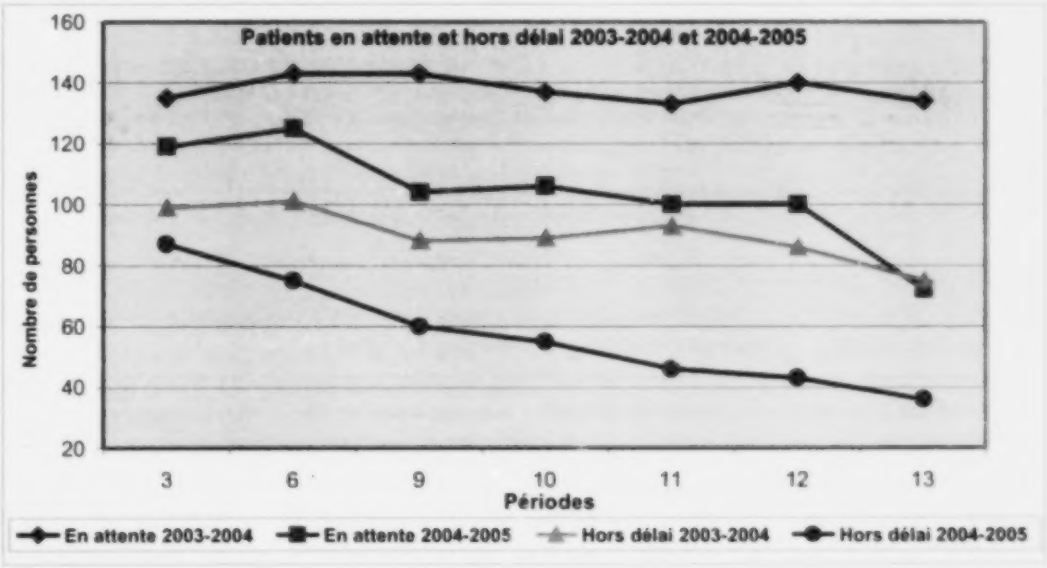
3.1.18 Genou

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies du remplacement du genou	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	240	219

Commentaires

L'augmentation visée du nombre de chirurgies du remplacement du genou n'a pas été atteinte. Pour ce faire, il aurait fallu effectuer 21 chirurgies supplémentaires du remplacement du genou. Toutefois, comparativement aux résultats obtenus en 2003-2004, on enregistre une hausse de production de 46 chirurgies. Ainsi, la cible fixée pour 2004-2005 n'a pas été atteinte, mais les résultats obtenus pour cette année dépassent ceux de l'année précédente.

Également, le nombre de patients en attente pour une chirurgie du remplacement du genou est passé de 134 en 2003-2004 à 72 pour 2004-2005. De plus, celui des patients hors délai a enregistré une baisse passant de 75 à 36.



Pour l'année 2005-2006, les renseignements disponibles à ce jour sur le recrutement des effectifs médicaux, notamment ceux portant sur l'anesthésiologie et la chirurgie, laissent présager certaines difficultés quant à la capacité de production. En 2005-2006, l'objectif visé est de tendre au maintien des résultats actuels en chirurgie.

3.1.19 Cataracte

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies de la cataracte	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies réalisées	1 615	1 564

Commentaires

La cible portant sur l'augmentation du nombre de chirurgies de la cataracte n'a pas été atteinte. Pour rencontrer l'objectif fixé, 51 chirurgies supplémentaires auraient dû être effectuées. Ce nombre représente un différentiel de 3,2 % en rapport du résultat attendu.

Dans un établissement ayant un programme de chirurgies de la cataracte, un ophtalmologiste a cessé d'opérer en début d'année et ses patients ont été transférés à d'autres spécialistes, accroissant ainsi leur propre charge de travail. Également, dans un autre établissement, la préretraite d'un anesthésiste a entraîné la diminution du temps opératoire des ophtalmologistes, et en conséquence, du nombre de chirurgies de la cataracte réalisées. Ainsi, au cours de la présente année, le nombre de patients en attente d'une chirurgie de la cataracte est passé de 269 à 346 et celui des patients hors délai de 15 à 20. On doit donc en conclure que malgré la hausse du nombre de patients en attente, cette situation a eu un très faible impact sur le nombre de patients hors délai et que le choix des personnes opérées fut judicieux.

Pour l'année 2005-2006, les renseignements disponibles à ce jour sur le recrutement des effectifs médicaux, notamment ceux portant sur l'anesthésiologie et la chirurgie, laissent présager de certaines difficultés au niveau de la capacité de production des établissements. L'objectif visé pour la prochaine année est de tendre au maintien des résultats actuels.

3.1.20 Chirurgie d'un jour

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies d'un jour	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	7 541	7 496

Commentaires

La cible portant sur l'augmentation du nombre de chirurgies d'un jour n'a pas été atteinte. Pour ce faire, 45 chirurgies d'un jour auraient dû être effectuées. Toutefois, ce nombre ne représente qu'un différentiel de 0,6 % en rapport du résultat fixé.

Comparativement à 2003-2004, on constate cependant une légère hausse de 26 chirurgies réalisées. Ainsi, la production régionale de chirurgies d'un jour s'est maintenue malgré plusieurs épisodes de rupture de services en anesthésiologie et chirurgies dans des établissements de notre territoire.

Pour l'année 2005-2006, les renseignements disponibles à ce jour sur le recrutement des effectifs médicaux, notamment ceux portant sur l'anesthésiologie et la chirurgie, laissent présager de certaines difficultés au niveau de la capacité de production des établissements. C'est pourquoi l'objectif visé pour la prochaine année est de tendre au maintien des résultats actuels.

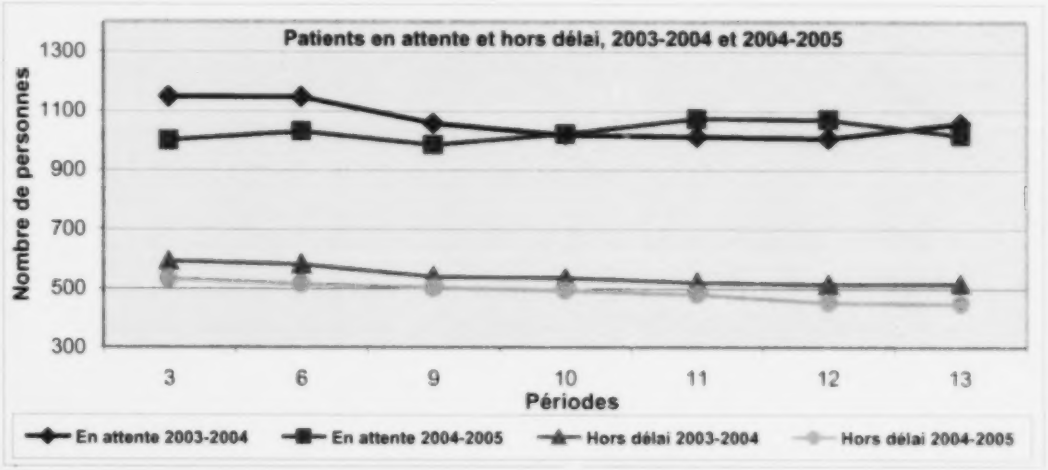
3.1.21 Chirurgie avec hospitalisation

Résultats attendus	Augmenter le nombre de chirurgies avec hospitalisation	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées	4 561	5 720

Commentaires

L'augmentation visée du nombre de chirurgies avec hospitalisation a été atteinte. On enregistre, pour 2004-2005, un dépassement de 1 159 chirurgies avec hospitalisation. Toutefois, comparativement aux résultats de 2003-2004, on constate une légère diminution de 32 chirurgies en ce domaine. Cependant, le nombre de patients en attente a fléchi, passant de 1 058 à 1 016. Pour sa part, le nombre de patients en attente hors délai a suivi la même tangente, mais de manière plus prononcée passant de 516 en 2003-2004 à 449 en 2004-2005.

La production s'est donc maintenue malgré plusieurs épisodes de rupture de services en anesthésiologie et en chirurgie dans certains établissements de la région.



Pour l'année 2005-2006, les renseignements disponibles à ce jour sur le recrutement des effectifs médicaux, notamment ceux portant sur l'anesthésiologie et la chirurgie, laissent présager certaines difficultés quant à la capacité de production. C'est pourquoi l'objectif visé pour la prochaine année est de tendre au maintien des résultats actuels en chirurgie.

3.1.22 Femmes victimes de violence

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'enfants exposés à la violence conjugale ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » d'une maison d'hébergement	90	136

Commentaires

Le nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « jeunesse » s'élève à 136 pour les trois maisons d'hébergement de la région. Ce nombre dépasse la cible fixée à 90 enfants ainsi que la moyenne de 30 enfants desservis par maison d'hébergement. En effet, le nombre d'enfants ayant reçu ces services varie entre 34 et 57 enfants selon la maison d'hébergement.

3.1.23 Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

Résultats attendus	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux en mettant en place, dans chaque établissement, les mesures suivantes :

Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	10	7
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	10	7
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	10	9
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	10	9
Nombre de sessions d'information/formation offertes sous l'égide du GNAGRQ	1	0
Nombre de groupes et de personnes ayant participé au programme de formation élaboré par le Ministère en collaboration avec le GNAGRQ	0	0
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	4	5

Commentaires

Gestion des risques et de la qualité
Un comité de gestion des risques a été mis en place dans 70 % des établissements. Tous les établissements seront dotés d'un tel comité au cours de l'année 2005-2006.

Une politique de divulgation de tout accident à un usager a été entérinée par le conseil d'administration de 7 des 10 établissements concernés. Tous les établissements de la région disposeront d'ici la fin de l'année 2005-2006 d'une politique de divulgation entérinée par leur conseil d'administration.

À l'exception d'un seul établissement, tous les autres établissements de la région déclarent les incidents/accidents et disposent d'un registre local des incidents/accidents. Pour la majorité des établissements, il s'agit d'un registre non informatisé. À la fin de l'année 2005-2006, tous les établissements disposeront d'un registre local et des démarches sont en cours en vue de disposer d'un logiciel informatisé.

Programme de formation
Aucune nouvelle session d'information n'a été dispensée au cours de l'année 2004-2005. En 2003-2004, quatre sessions de formation avaient permis de rejoindre 70 % des établissements de la région.

Agrément
Cinq des onze établissements de la région ont complété ou étaient en processus d'agrément au 31 mars 2005. Les six autres établissements auront sollicité ou seront engagés dans le processus d'agrément en 2005-2006.

3.1.23 Au plan de l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle (suite)

Résultats attendus	Mesures pour contrer les infections nosocomiales	
Indicateurs	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales (1 E.T.P. par 133 lits)	6	6
Nombre d'établissements ayant adopté une politique interne de stérilisation des équipements médicaux	8	0

Commentaires

Prévention des infections nosocomiales

Les 6 établissements du Bas-Saint-Laurent offrant des services d'hébergement de soins de courte durée ont atteint le ratio de professionnel en prévention des infections de 1 équivalent temps complet (ETC) pour 133 lits de courte durée au 31 mars 2005. Des infirmières, dont le travail est dédié à la prévention, et des gestionnaires de programmes contribuent à la prévention et au contrôle des infections dans les établissements de soins ciblés par le cahier de charge.

En novembre 2004, l'Agence de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a accordé un ajout budgétaire de 5,8 ETC aux ressources déjà en poste pour soutenir la prévention des infections dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les soins de courte et de longue durée. Cet investissement vise à diminuer significativement le nombre d'infections, notamment celles résistantes aux antibiotiques. Ces ressources sont supportées par les comités locaux de prévention des infections. Un comité régional favorise la concertation entre les établissements depuis décembre 2003.

Politique interne de stérilisation des équipements médicaux

La cible n'a pu être rencontrée puisque les établissements sont toujours en attente de barèmes spécifiques que le Ministère devrait transmettre aux agences au cours de la dernière année. En conséquence, aucun établissement n'a été en mesure d'adopter une politique interne de stérilisation des équipements médicaux. Toutefois, malgré l'absence de cette politique formelle, les établissements se sont dotés d'un certain nombre de procédures, directives ou techniques écrites sur la stérilisation des équipements médicaux.

4.1 Les résultats financiers de l'Agence

4.1.1 Rapport du Vérificateur général du Québec

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2005 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 3 juin 2005. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le Vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 16 août 2005

4.1.2 Rapport de la direction en regard des états financiers de l'Agence

Les états financiers de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

Le directeur des ressources financières et matérielles par intérim,

Jacques A. Lévesque

4.1.3. États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2005

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	6 141 514 $	5 772 108 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	125 080 $	195 764 $	4 958 $	72 343 $
Total (L. 01+ L.02)	03	6 266 594 $	5 967 872 $	4 958 $	72 343 $
Revenus d'intérêts	04	37 026 $	49 909 $	44 249 $	46 958 $
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources:					
- Contributions de l'avoir-propre	06				
- Contributions de fonds affectés	07				
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
- Autres	09	660 226 $	682 045 $	264 211 $	86 312 $
TOTAL (L.03 à L.09)	10	6 963 846 $	6 699 826 $	313 418 $	205 613 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation:					
- Salaires - personnel cadre	11	515 489 $	453 433 $		
- Salaires - personnel autre	12	2 693 413 $	2 731 619 $	49 588 $	12 620 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	88 387 $	62 836 $		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	551 792 $	535 086 $	7 691 $	31 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	1 444 $	37 946 $		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	97 255 $	100 880 $	1 625 $	
- Charges sociales - personnel cadre	17	55 954 $	54 106 $		
- Charges sociales - personnel autre	18	377 491 $	375 375 $	7 283 $	1 676 $
- Frais de déplacement et d'inscription	19	238 519 $	180 208 $	12 716 $	11 599 $
- Services achetés	20	670 971 $	716 024 $	186 423 $	120 228 $
- Communications	21	197 840 $	208 205 $	757 $	11 730 $
- Loyer	22	414 118 $	408 851 $		
- Location d'équipement	23	744 $	1 243 $		
- Fournitures de bureau	24	87 056 $	99 660 $	3 086 $	771 $
- Autres frais	25	164 056 $	62 313 $		
- Charges non réparties	26	598 865 $	510 840 $		
- Transfert de frais généraux	27				
- Charges extraordinaires	28				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.28)	29	6 753 394 $	6 538 625 $	269 169 $	158 655 $
Dépenses d'immobilisations	30	152 048 $	187 120 $		
TOTAL (L.29 + L.30)	31	6 905 442 $	6 725 745 $	269 169 $	158 655 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.31)	32	58 404 $	(25 919) $	44 249 $	46 958 $

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 305 184 $	1 117 938 $
Contributions des établissements	02	590 905 $	503 095 $
Revenus d'intérêts	03		
Contributions du fonds d'exploitation	04	6 422 $	12 227 $
Contributions de fonds affectés	05	506 834 $	802 508 $
Revenus d'autres sources	06	271 231 $	193 577 $
Total (L.01 à L.06)	07	2 680 576 $	2 629 345 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation:			
- Salaires - personnel cadre	08	191 279 $	157 296 $
- Salaires - personnel autre	09	811 533 $	721 982 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	33 487 $	27 397 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	154 394 $	116 448 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	7 433 $	7 228 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	37 131 $	35 935 $
- Charges sociales - personnel cadre	14	27 969 $	19 313 $
- Charges sociales - personnel autre	15	116 848 $	100 022 $
- Frais de déplacement et d'inscription	16	82 533 $	107 246 $
- Services achetés	17	736 080 $	314 382 $
- Communications	18	44 347 $	42 382 $
- Loyer	19	56 602 $	59 371 $
- Location d'équipement	20	912 $	1 870 $
- Fournitures de bureau	21	12 928 $	14 871 $
- Autres frais	22	14 $	
- Transferts de frais généraux	23		
- Contributions au fonds d'exploitation	24		
- Contributions à des fonds affectés	25		
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.25)	26	2 313 490 $	1 725 743 $
Dépenses d'immobilisations	27	436 719 $	803 607 $
TOTAL (L.26 + L.27)	28	2 750 209 $	2 529 350 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.28)	29	(69 633 $)	99 995 $

4.1.4 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations

Fonds combinés — Exercice terminé le 31 mars 2005

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations 3	Fonds des activités régionalisées 4
		Activités principales 1	Avoir propre 2		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 472 322 $	2 219 883 $	1 853 745 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	58 404 $	44 249 $		131 539 $
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07				
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			152 048 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11			671 146 $	
- Fonds des activités régionalisées	12			436 719 $	
Autres	13			1 273 388 $	
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	58 404 $	44 249 $	2 533 301 $	131 539 $
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				201 172 $
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19				
	20				
Libération de surplus	21				
Autres	22			235 189 $	
	23				1 273 388 $
TOTAL (L.16 à L.23)	24			235 189 $	1 474 560 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	58 404 $	44 249 $	2 298 112 $	(1 343 021 $)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	58 404 $	1 516 571 $	4 517 995 $	510 724 $

4.1.5 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Fonds d'exploitation - activités régionalisées

Au 31 mars 2005

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF À court terme					
Encaisse	01	1 559 967 $	2 232 782 $	563 203 $	
Débiteurs : - MSSS	02	759 920 $	117 979 $		
- Établissements	03	6 445 $	1 092 $	200 818 $	198 210 $
- Fonds d'exploitation	04				472 537 $
- Fonds des act. régionalisées	05		40 489 $		
- Fonds affectés	06	75 000 $		180 210 $	
- Autres	07	93 521 $	128 310 $	3 362 $	30 485 $
Intérêts courus	08	6 611 $	6 503 $		
Taxes à recevoir	09	35 738 $	60 593 $	4 728 $	
Charges payées d'avance	10	21 160 $			
Autres éléments	11				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 558 362 $	2 587 748 $	952 321 $	701 232 $
Autres éléments d'actif	13				1 273 388 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	2 558 362 $	2 587 748 $	952 321 $	1 974 620 $
PASSIF À court terme					
Découvert de banque	15				
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17				
- Établissements	18	58 693 $	21 402 $	61 117 $	28 318 $
- Fonds d'exploitation	19				40 489 $
- Fonds des activités régionalisées	20		472 537 $		
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	405 695 $	230 908 $	200 270 $	52 068 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	20 892 $	23 234 $		
Autres revenus reportés	24	498 107 $	367 345 $	180 210 $	
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	983 387 $	1 115 426 $	441 597 $	120 875 $
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	983 387 $	1 115 426 $	441 597 $	120 875 $
SOLDE DE FONDS	29	1 574 975 $	1 472 322 $	510 724 $	1 853 745 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 558 362 $	2 587 748 $	952 321 $	1 974 620 $

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	4 517 995 $	2 219 883 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	4 517 995 $	2 219 883 $
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10		
SOLDE DE FONDS	11	4 517 995 $	2 219 883 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	4 517 995 $	2 219 883 $

4.1.6 Bilan cumulé des fonds affectés

Fonds affectés cumulés — Au 31 mars 2005

BILAN

ACTIF À court terme		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Encaisse	01	1 932 033 $	1 217 909 $
Débiteurs : - MSSS	02	15 920 878 $	15 309 461 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	24 230 $	116 115 $
- Établissements	04	8 181 844 $	6 054 777 $
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	61 553 $	31 186 $
- Autres	08	2 651 $	
Intérêts courus	09	6 211 $	7 498 $
Autres éléments	10		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	26 129 400 $	22 736 946 $
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	55 415 654 $	58 925 044 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	81 545 054 $	81 661 990 $
PASSIF À court terme			
Découvert de banque	14	39 630 $	126 687 $
Emprunts de banque	15	8 181 844 $	6 050 448 $
Intérêts sur emprunts à payer	16	24 230 $	116 115 $
Créditeurs et charges à payer : - Établissements	17	10 878 989 $	10 944 162 $
- Organismes	18	56 000 $	18 800 $
- Fonds d'exploitation	19	75 000 $	
- Fonds des activités régionalisées	20	180 210 $	
- Autres	21	1 267 651 $	879 818 $
Subventions reportées	22	321 806 $	572 056 $
Autres éléments	23		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	21 025 360 $	18 708 086 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	55 415 654 $	58 925 044 $
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	76 441 014 $	77 633 130 $
SOLDE DE FONDS	27	5 104 040 $	4 028 860 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26+L.27)	28	81 545 054 $	81 661 990 $

4.1.7 Etats du solde de fonds cumulé des fonds affectés

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2005

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE DU DÉBUT	01	4 028 860 $	7 015 936 $
Récupération par le Ministère	02		72 970 $
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	4 028 860 $	6 942 966 $
AUGMENTATION			
MSSS	04	32 790 898 $	26 521 312 $
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	108 420 $	276 495 $
Revenus d'intérêt	06	88 101 $	121 908 $
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	6 152 211 $	5 535 321 $
TOTAL (L.04 à L.09)	10	39 139 630 $	32 455 036 $
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	11	14 701 223 $	13 816 353 $
- Organismes	12	197 858 $	287 001 $
Intérêts sur emprunts	13	108 420 $	276 495 $
Contributions au fonds d'exploitation	14	75 000 $	
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	615 179 $	802 508 $
Charges d'exploitation :			
- Salaires	16		204 290 $
- Avantages sociaux	17		29 490 $
- Charges sociales	18		26 888 $
- Frais de déplacement et d'inscription	19		8 861 $
- Services achetés	20		178 827 $
- Location d'équipement	21		
- Fournitures de bureau	22		706 $
- Autres charges d'exploitation	23	952 508 $	640 710 $
Dépenses d'immobilisations	24	671 146 $	
Autres	25	20 743 116 $	19 097 013 $
TOTAL (L.11 à L.25)	26	38 064 450 $	35 369 142 $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L. 10 – L.26)	27	5 104 040 $	4 028 860 $

4.1.8 État de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés

Fonds affectés — Exercice terminé le 31 mars 2005

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Fonds des immobilisations 1	001 Familles d'accueil adultes personnes âgées 2	002 Familles d'accueil enfants 3	004 Formation du réseau 4	Fonds équipement 5
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	702 870 $			76 282 $	2 556 003 $
Récupération par le Ministère	02					
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	702 870 $			76 282 $	2 556 003 $
PROVENANCE						
M.S.S.S.	04	6 438 867 $				12 315 533 $
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	28 214 $				80 206 $
Revenus d'intérêts	06				2 511 $	
Contributions du fonds d'exploitation	07					
Contributions du fonds des activités régionalisées	08					
Contributions d'autres fonds affectés	09					
Autres	10				37 708 $	171 936 $
Total (L.04 à L.10)	11	6 467 081 $			40 219 $	12 567 675 $
ATTRIBUTIONS						
Établissements	12	5 507 580 $				8 026 250 $
Organismes	13					
Intérêts sur emprunts	14	28 214 $				80 206 $
Contributions au fonds d'exploitation	15	75 000 $				
Contributions au fonds des activités régionalisées	16					615 179 $
Contributions à d'autres fonds affectés	17					671 146 $
Charges d'exploitation: - Salaires	18					
- Avantages sociaux	19					
- Charges sociales	20					
- Frais de déplacement et d'inscription	21					
- Services achetés	22					
- Location d'équipement	23					
- Fournitures de bureau	24					
- Autres charges d'exploitation	25					
Dépenses d'immobilisations	26					
Autres	27	10 063 $			116 501 $	3 593 156 $
Total (L.12 à L.27)	28	5 620 857 $			116 501 $	12 985 937 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.11 - L.28)	29	1 549 094 $				2 137 741 $

Exercice terminé le 31 mars 2005

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Répétitif	Non répétitif	Total (C.01 + C.02)
		1	2	3
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01			(364 458 $)
PROVENANCE				
MSSS	02	10 624 325 $	1 024 198 $	11 648 523 $
SAAQ	03	1 943 652 $		1 943 652 $
Revenus autonomes	04	3 181 551 $		3 181 551 $
Revenus d'intérêts	05		25 113 $	25 113 $
Autres	06		683 699 $	683 699 $
Total (L.02 à L.06)	07	15 749 528 $	1 733 010 $	17 482 538 $
ATTRIBUTIONS				
Contrats minimaux de services d'ambulances	08	13 633 196 $		13 633 196 $
Particularités régionales	09	93 428 $	13 940 $	107 368 $
Éléments rectifiables	10		195 451 $	195 451 $
Centre de communication santé	11	656 975 $	471 412 $	1 128 387 $
Formation et assurance qualité	12	196 418 $		196 418 $
Allocation de retraite	13		105 000 $	105 000 $
Participation au régime de retraite	14		50 000 $	50 000 $
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	15	590 810 $		590 810 $
Attribution à des organismes	16			
Ajustements des années antérieures	17		288 060 $	288 060 $
Premiers répondants	18	6 800 $		6 800 $
Déplacement des usagers	19			
Charges d'exploitation :				
- Salaires	20			
- Avantages sociaux	21			
- Charges sociales	22			
- Frais de déplacement et d'inscription	23			
- Services achetés	24			
- Location d'équipement	25			
- Fournitures de bureau	26			
- Autres charges d'exploitation	27			
Dépenses d'immobilisations	28		671 146 $	671 146 $
Autres	29	49 321 $		49 321 $
Total (L.08 à L.29)	30	15 226 948 $	1 795 009 $	17 021 957 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.30)	31			96 123 $

4.1.9 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2004-2005 et suivi des comptes à payer non pourvus

Exercice terminé le 31 mars 2005

		Exercice courant 2004-2005	Exercice précédant 2003-2004
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	369 204 261 $	362 264 397 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	02	11 984 876 $	9 180 945 $
Montant de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	381 189 137 $	371 445 342 $
Autres	04		
TOTAL (L.03 et L.04)	05	381 189 137 $	371 445 342 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	06	351 644 016 $	346 960 511 $
Allocations aux organismes communautaires	07	12 155 532 $	11 489 351 $
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	3 660 553 $	949 976 $
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.06 à L.08)	09	367 460 101 $	359 399 838 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	11 694 327 $	9 140 657 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11	48 942 $	
Autres	12	1 744 160 $	2 864 559 $
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	380 947 530 $	371 405 054 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14	241 607 $	40 288 $
TOTAL (L.13 + L.14)	15	381 189 137 $	371 445 342 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16		

SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS		Montant	Montant
Solde au 31 mars de l'exercice précédent	17		
Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	18		
Comptes à payer non pourvus au 31 mars de l'exercice précédent liquidés au cours de l'exercice	19		
Solde à la fin (L.17 + L.18 - L.19)	20		
Composé de : - Comptes à payer non pourvus contractés envers des établissements (L.26, C.2)	21		
- Autres	22		
TOTAL (L.21 + L.22) = L.20	23		

4.1.10 Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2005

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1). Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'Agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur.

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés.

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice.

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements.

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés.

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportés.

vii) Aucun bilan, état des résultats ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds.

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds.

ix) Les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003 sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée.

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé.

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent.

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante.

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs.

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attributions de subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 4.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 3 – Modification de convention comptable

À compter du présent exercice, l'Agence capitalise les acquisitions d'immobilisations du fonds des activités régionalisées au fonds d'immobilisations.

Cette modification appliquée de façon prospective a pour effet d'augmenter de 1 273 388 $ les immobilisations et le solde de fonds au 31 mars 2005 du fonds d'immobilisations. De même, les immobilisations et le solde de fonds du fonds des activités régionalisées ont diminué de ce montant au 31 mars 2005.

Note 4 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2005	2004
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	152 048 $	196 027 $
Produit de disposition d'immobilisations	-0-	-0-
Fonds d'immobilisations :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	-0-	-0-
Produit de disposition d'immobilisations	-0-	-0-
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	436 719 $	803 607 $
Produit de disposition d'immobilisations	-0-	-0-
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	671 146 $	-0-
Produit de disposition d'immobilisations	-0-	-0-

Note 5 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2005	2004
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 M $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	3 357 403 $	627 807 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,98 % et 7,97 %, est payable semestriellement.	52 058 251 $	58 297 237 $
	55 415 654 $	58 925 044 $
Tranche échéant à moins d'un an	8 085 742 $	6 238 986 $
	47 329 912 $	52 058 251 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2006	8 085 742 $
2007	15 761 699 $
2008	6 902 155 $
2009	1 383 038 $
2010	9 945 342 $
	42 077 976 $

Note 6 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentes au rapport financier annuel.

Note 7 – Provisions pour vacances, congés de maladie, heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2005 en regard des banques de vacances, congés de maladie et heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2005	2004
Vacances	581 904 $	561 663 $
Congés de maladie	68 182 $	70 050 $
Heures supplémentaires	82 992 $	63 625 $
	733 078 $	695 338 $

Note 8 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctivement au rapport financier annuel.

Note 9 – Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail échéant le 30 avril 2014 pour des locaux administratifs.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2005 concernant ces locaux administratifs s'élève à 450 464 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2006	418 177 $
2007	443 410 $
2008	445 704 $
2009	445 704 $
2010	445 704 $
2011 et subséquemment	1 819 958 $

Note 10 – Éventualité

Les conventions collectives des employés du secteur public sont arrivées à échéance le 30 juin 2003. De plus, le 9 janvier 2004, la Cour supérieure a prononcé un jugement dans le dossier de l'équité salariale. Le 15 juin 2004, le gouvernement a rendu public le cadre budgétaire de sa politique de rémunération qui limite le redressement de la rémunération dans l'ensemble des secteurs public et parapublic à 12,6 % sur une période de six ans, soit du 1er avril 2004 au 31 mars 2010. Ce cadre budgétaire couvre le renouvellement des ententes avec les employés syndiqués, les cadres et les professionnels de la santé ainsi que le dossier de l'équité salariale. Le gouvernement est présentement en pourparlers avec les différentes associations, de sorte que l'impact monétaire demeure indéterminé pour l'Agence.

4.2 Les allocations des ressources financières aux établissements

4.2.1 Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Nom de l'organisation subventionnée	Établissements privés conventionnés		Établissements publics	
	2004-2005	2003-2004	2004-2005	2003-2004
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent			21 012 126 $	20 394 116 $
CSSS de Rivière-du-Loup			57 636 569 $	56 105 739 $
CSSS de Matane			30 185 813 $	29 825 354 $
CSSS des Basques			9 212 878 $	9 266 433 $
CSSS de Kamouraska			27 149 181 $	27 350 355 $
CSSS de La Mitis			28 958 323 $	28 789 972 $
Réseau de santé de La Matapédia			24 651 167 $	24 963 101 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent			23 312 318 $	22 831 160 $
CSSS de Témiscouata			23 213 379 $	23 148 238 $
CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette			22 601 476 $	22 602 096 $
CHR de Rimouski			80 270 608 $	77 894 681 $
Foyer Ste-Bernadette inc.	949 020 $	1 448 586 $		
Foyer St-Cyprien (1993) inc.	1 756 489 $	1 718 673 $		
TOTAL	2 705 509 $	3 167 259 $	348 203 838 $	343 171 245 $

4.2.2 Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

	2003-2004	2004-2005 (Note 1)
Établissements publics		
CSSS de Matane	(516 402 $)	(279 330 $)
Réseau de santé de La Matapédia	(264 194 $)	(283 798 $)
CSSS de La Mitis	5 603 $	1 995 $
CRSSS Rimouski	(1 661 479 $)	(142 299 $)
CSSS des Basques	(120 290 $)	(157 689 $)
CSSS de Rivière du Loup	(1 134 548 $)	(1 194 321 $)
CSSS de Kamouraska	20 369 $	(370 002 $)
CSSS de Témiscouata	(373 496 $)	(343 420 $)
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	(142 724 $)	87 043 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	77 376 $	0 $
	(4 109 785 $)	(2 681 821 $)
Établissements privés		
Foyer Ste-Bernadette inc.	(2 914 $)	(39 044 $)
Foyer St-Cyprien	150 093 $	96 834 $
	147 179 $	57 790 $
	(3 962 606 $)	(2 624 031$)

Note 1 : Il s'agit du résultat du fonds d'exploitation tel que présenté par l'établissement à son rapport financier annuel.

4.2.3 Autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics

Nombre d'autorisations temporaires émises en 2004-2005 : 11

b) Montants totaux au 31 mars 2005 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	Fonctionnement autorisé par le MSSS	5 850 000 $	2 161 769 $
Catégorie	Équilibre budgétaire	5 405 000 $	1 716 769 $
	Traitement différé	445 000 $	445 000 $
Type	Immobilisations (autorisé par l'Agence)	1 975 839 $	1 955 782 $
Catégorie	Projets autofinancés	1 604 034 $	1 583 977 $
	Projets financés par les activités accessoires	371 805 $	371 805 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2005.

Dépenses courantes de fonctionnement 1,55 %

Dépenses en immobilisations 0,52 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application de la loi nº 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

4.2.4 Objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics

La somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 1,6 M $ en 2004-2005. Cependant, le montant réel du déficit global s'établit à 2,6 M $.

L'écart de 1 M $ se concentre principalement dans deux établissements. Pour un des cas, un important exercice d'optimisation effectué à l'hiver 2004-2005 à permis le retour à l'équilibre budgétaire sur une base récurrente. Dans l'autre cas, un exercice semblable a été amorcé sous la supervision de l'Agence.

4.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits

4.3.1 Organismes de promotion et de services

ORGANISMES	Enveloppe 2003-2004	Enveloppe 2004-2005
Alcoolisme et toxicomanie		
Aux Trois Mâts	38 394 $	26 788 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	157 442 $	233 582 $
Centre Domrémy du KRTB	--	--
Unité Domrémy de Ville St-Pascal Inc.	9 696 $	9 841 $
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	215 263 $	228 240 $
Unité Domrémy de Causapscal	7 541 $	7 654 $
Unité Domrémy de Luceville	1 615 $	1 639 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	26 361 $	25 360 $
Unité Domrémy Saint-Gabriel	10 774 $	10 936 $
L'Arrimage	248 015 $	226 953 $
Unité Domrémy Rivière-Bleue inc.	9 696 $	9 841 $
Total Alcoolisme et toxicomanie	724 797 $	780 834 $
Familles		
Maison de la famille du Kamouraska	66 841 $	30 888 $
Grands amis de la région de Matane (Les)	26 987 $	18 284 $
Maison Élizabeth-Turgeon pour les familles	41 207 $	12 921 $
Maison de la famille du Grand-Portage	77 996 $	25 575 $
Maison des familles de la Matapédia	41 391 $	
Regroupement Acti-Familles	30 366 $	13 783 $
Re-Source familles	23 092 $	13 444 $
Grands amis de la Vallée	30 997 $	37 308 $
Maison des familles de La Mitis	75 369 $	45 170 $
Pivot-Famille Mitis	15 315 $	11 493 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	68 514 $	83 560 $
Grands amis de Rimouski (Les)	35 289 $	35 818 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	65 030 $	--
Comité parrains-marraines du KRTB	20 924 $	21 238 $
Maison de la famille du Témiscouata	54 813 $	14 767 $
C.A.B. des Basques Inc.	-- $	--
Parents uniques du Kamouraska	3 641 $	--
Info-Éveil de la région de Matane inc.	10 000 $	--
Ressources familles des Basques	--	8 517 $
Total Familles	687 772 $	372 766 $
Déficience physique ou intellectuelle		
Association des personnes handicapées L'Éveil des Basques Inc.	49 161 $	51 898 $
Association pocatoise des personnes handicapées Inc.	31 022 $	34 093 $
Association des handicapés gaspésiens (L')	39 708 $	42 304 $
Association des personnes handicapées du Kamouraska Est Inc. (L')	21 231 $	24 155 $
Amirams de la Vallée inc. (Les)	32 917 $	35 411 $
Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc. (Le)	23 818 $	26 660 $
Maison des tournesols (La)	12 389 $	12 575 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	10 590 $	10 749 $
Service alternatif d'intégration au travail des pers. hand. Rimouski	36 382 $	33 853 $
Ass. des personnes handicapées « Entre amis » du Témis	43 754 $	46 410 $
Association des personnes handicapées visuelles du BSL	60 035 $	62 936 $
Association pour l'intégration sociale (région Rimouski)	20 561 $	22 869 $
Association multi-défis	34 287 $	36 801 $
Société d'autisme régionale BSL, Gaspésie, Les îles	51 200 $	72 090 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	58 551 $	61 429 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées du BSL/Gaspésie	16 000 $	5 000 $
Association québécoise pour les enfants atteints d'audi-multi BSL	18 772 $	6 874 $
Total Déficience physique ou intellectuelle	560 378 $	586 107 $

ORGANISMES	Enveloppe 2003-2004	Enveloppe 2004-2005
Centres de bénévolat		
C.A.B. des Basques Inc.	25 860 $	13 547 $
C.A.B. Cormoran Inc.	6 465 $	6 562 $
C.A.B. de la région de Matane inc.	17 876 $	18 144 $
C.A.B. de la Vallée de la Matapédia	23 073 $	23 419 $
Centre de bénévolat de la Mitis	22 313 $	22 648 $
C.A.B. région de Rimouski	18 313 $	18 588 $
C.A.B. des Seigneuries Inc.	9 157 $	9 294 $
C.A.B. région Témis inc.	8 618 $	8 747 $
Total Centres de bénévolat	131 675 $	120 949 $
Santé physique		
Association du cancer de l'Est du Québec	6 033 $	6 123 $
Diabétiques amis du KRTB (Les)	2 760 $	4 958 $
Service d'aide personnes accidentées « Pare-chocs »	--	--
Arc-en-ciel du cœur	5 780 $	7 867 $
Diabète BSL inc.	10 554 $	12 712 $
Total Santé physique	25 127 $	31 660 $
Personnes démunies		
Moisson Kamouraska	15 143 $	17 294 $
Cuisine collective de la région de Matane (La)	34 786 $	33 388 $
Moisson Vallée Matapédia	40 491 $	38 696 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	16 664 $	17 476 $
Moisson Rimouski-Neigette Inc.	35 533 $	221 $
Cuisines collectives de Dégelis	47 532 $	46 325 $
Cuisine collective du Haut-Pays	33 942 $	35 355 $
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	49 195 $	48 013 $
Tandem-Jeunesse	181 850 $	197 174 $
Loisirs de jeunesse Rimouski inc. (Transit)	256 757 $	269 997 $
Répit du passant (Le)	209 329 $	259 538 $
Maison de l'espoir de Mont-Joli Inc. (La)	138 621 $	151 773 $
Cuisines collectives de Cabano	18 100 $	21 527 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	14 100 $	17 467 $
Total Personnes démunies	1 092 043 $	1 193 244 $
Assistance et accompagnement		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes BSL	147 462 $	162 466 $
Maisons d'hébergement pour femmes		
Gigogne Inc. (La)	345 060 $	430 278 $
Débrouille (La)	385 733 $	439 858 $
L'Autre-Toit du KRTB	343 824 $	401 827 $
Total Maison d'hébergement pour femmes	1 074 617 $	1 271 963 $
CALACS		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	213 807 $	216 273 $
Centres de femmes		
Centre femmes, La Passerelle du Kamouraska	74 832 $	103 738 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	95 603 $	111 400 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	87 200 $	111 174 $
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia Inc.	87 200 $	113 174 $
Maison des femmes de la région de Rimouski (La)	99 879 $	116 364 $
Centre-femmes du Grand-Portage	91 892 $	118 244 $
Centre de femmes du Ô-Pays (Le)	96 196 $	111 309 $
Centre des femmes du Témiscouata	95 574 $	111 299 $
Centre femmes de la Mitis	84 832 $	111 138 $
Total Centres de femmes	813 208 $	1 007 840 $
Organismes conjoints violents		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	102 138 $	99 663 $
Trajectoires hommes du KRTB	88 338 $	99 663 $
Total Organismes conjoints violents	190 476 $	199 326 $

ORGANISMES	Enveloppe 2003-2004	Enveloppe 2004-2005
Maison des jeunes		
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	98 975 $	96 946 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	108 978 $	105 903 $
Quartier-jeunesse 1995	70 727 $	71 902 $
Maison des jeunes de Matane	100 460 $	107 215 $
Jeunathèque d'Amqui inc. (La)	86 493 $	87 790 $
Maison des jeunes Causapscal (La)	55 136 $	63 963 $
Maison des jeunes de Sayabec (La)	65 588 $	66 572 $
Maison des jeunes de Mont-Joli Inc. (La)	155 971 $	158 310 $
Maison des jeunes de Rimouski	91 487 $	92 859 $
Maison des jeunes du Bic (La)	65 588 $	66 572 $
Corp. de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup (La)	80 888 $	80 172 $
Centre-jeunes de Cacouna	21 689 $	24 014 $
Maison Entre-Deux de Cabano	22 213 $	24 546 $
Maison des jeunes Pirana	22 213 $	24 546 $
Maison des jeunes de Saint-Épiphane (La)	55 136 $	55 963 $
Maison des jeunes de Les Méchins	--	--
Maison des jeunes de Val-Brillant (La)	23 781 $	26 138 $
Maison des jeunes de Pointe-au-Père (La)	34 233 $	34 747 $
Place des jeunes de Squatec	34 857 $	40 016 $
Maison des jeunes « Le Coin de Dégelis »	47 576 $	59 099 $
Corporation de comité jeunesse 1997	21 247 $	23 566 $
Maison des jeunes « La Piôle »	12 000 $	12 180 $
Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse (La)	26 802 $	34 746 $
Total Maisons de jeunes	1 302 038 $	1 357 765 $
Justice alternative		
Fonds jeunesse B.B.R. inc.	168 108 $	172 080 $
Justice alternative du KRTB Inc.	129 900 $	133 896 $
Total Justice alternative	298 008 $	305 976 $
Concertation régionale		
Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent	78 947 $	80 131 $
Mesures reliées au SIDA		
M.A.IN.S. Bas-Saint-Laurent	94 969 $	101 132 $
Santé mentale		
Périscope des Basques	70 065 $	71 116 $
Association Kamouraska en santé mentale La Traversee	89 587 $	90 931 $
Le Marigot de Matane	94 000 $	95 410 $
Rayon de partage en santé mentale	89 344 $	90 684 $
Maison des tournesols (La)	88 082 $	89 403 $
Ass. can. pour la santé mentale du Bas-du-Fleuve	135 022 $	137 047 $
Centre de prévention du suicide et intervention de crise BSL	602 642 $	724 584 $
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	2 717 $	43 536 $
Centre d'entraide L'Horizon de Rivière-du-Loup	102 810 $	104 352 $
CRIS du KRTB	121 286 $	146 643 $
Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB (La)	291 055 $	301 730 $
ROCASM du Bas-du-Fleuve	11 684 $	11 859 $
Source d'espoir du Témis Inc.	96 236 $	97 680 $
La Lueur de l'Espoir du BSL inc.	107 372 $	122 733 $
Total Santé mentale	1 901 902 $	2 127 708 $
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	9 337 226 $	9 916 140 $

4.3.2 Organismes communautaires en maintien à domicile

ORGANISMES	2003-2004	2004-2005
Maintien à domicile et AVD		
Relais Santé Matane	23 462 $	23 814 $
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	107 730 $	109 346 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	100 599 $	102 108 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	90 783 $	92 145 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	86 729 $	88 030 $
Centre d'action bénévole rég. Rimouski	154 272 $	156 586 $
Popote le gourmet roulant Inc.	1 152 $	1 097 $
Bourgeons de la Mitis (Les)	129 189 $	131 127 $
Centre d'action bénévole Cormoran Inc.	118 164 $	119 936 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries Inc.	291 348 $	295 718 $
Centre d'action bénévole des Basques Inc.	58 347 $	55 061 $
Centre d'action bénévole région Témis. inc.	252 880 $	256 673 $
Comité d'accompagnement La Source Inc.	12 410 $	12 596 $
Coup de main à domicile de Rimouski	261 367 $	265 288 $
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	144 039 $	188 024 $
Services à domicile de la région de Matane (Les)	138 814 $	140 896 $
Service Kam-Aide Inc.	106 416 $	108 012 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	12 775 $	13 039 $
Logis-Aide des Basques	73 417 $	74 518 $
Total Maintien à domicile et AVD	2 163 893 $	2 234 014 $
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	11 501 119 $	12 150 154 $
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS	135	132

Les subventions listées ci-haut proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2003-2004	2004-2005
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	8 919 943 $	9 449 790 $
Aide à la vie domestique	1 159 079 $	1 176 465 $
Stimulation précoce Politique Santé Bien-Être	33 590 $	35 230 $
Programme Y-APP	101 268 $	--
Soutien à la concertation régionale	80 631 $	81 840 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	239 863 $	243 265 $
Autres allocations récurrentes	204 058 $	267 671 $
Autres allocations non récurrentes	762 687 $	895 893 $
	11 501 119 $	12 150 154 $

Annexes

Annexe 1 Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2005

Noms	MRC de provenance
Mme Denise Gentil	Matane
Mme Fernande Griffin	Témiscouata
Mme Suzanne Guimond	Matane
Dre Claire Jean, Commission médicale régionale	La Matapédia
M. Martin Legault	Kamouraska
M. Daniel Lessard	Les Basques
M. Bertin Lévesque, Commission infirmière régionale	La Matapédia
M. Jean-Paul Morin, président	Rimouski-Neigette
Mme France Pakenham, vice-présidente	Rivière-du-Loup
M. Daniel Rioux	Les Basques
M. Georges Roy	La Mitis
Mme Thérèse St-Pierre	Rimouski-Neigette
Mme Sylvie Sarrasin, Commission multidisciplinaire régionale	Rimouski-Neigette
Mme Lucie Tardif	Rimouski-Neigette
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale et secrétaire	Rimouski-Neigette

1 poste vacant.

Annexe 2 — Membres du Forum de la population au 31 mars 2005

MRC de provenance	Noms
Kamouraska	Mme Rose-Hélène Bouffard Mme Odile Soucy
Rivière-du-Loup	M. Alyre Bois Mme Madeleine Magnan Mme Caroline Rioux
Témiscouata	M. Zoël Bossé
Les Basques	M. Michel Kelly M. Éric Malenfant
Rimouski-Neigette	Mme Ghislaine Lachance M. Marcel Lebel M. Alain Rioux M. Gilbert Tremblay
La Mitis	Mme Ghislaine Beaulieu Mme Ariane-Olivier Ouellet
La Matapédia	M. Marcel Auclair M. Alphonse Côté
Matane	M. Michel Côté Mme Mireille Lavoie Mme Odette Lévesque-Gauthier

1 poste vacant.

Annexe 3 Membres des comités et commissions et du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2005

Comité de vérification

M. Daniel Lessard
M. Bertin Lévesque
M. Georges Roy

Commission médicale régionale

Désignation par les médecins omnipraticiens et spécialistes

Dr Redouane Bettahar
Dr Normand Gervais, vice-président
Dr Serge Gravel, président
Dr Gaétan Lavoie
Dr Léon Rioux
Dr Louis Saint-Pierre

Désignation par le conseil d'administration de l'Agence

Dre Nathalie Gagné
Dr Claire Jean
Dr Gaétan Lévesque
Dr Guy Roussel

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et de la santé physique (invité permanent)
Dr Robert Maguire, directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (membre d'office)
Dr Michel Y. Pelletier, médecin-conseil (invité permanent)
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale (membre d'office)

Commission multidisciplinaire régionale

M. Denis Audet	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Mme Johanne Beaudoin	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski
Mme Nicole Bélanger	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski
M. René Dumont	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Catherine Fraser	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Mme Josée Lafleur	Cégep de Rimouski
Mme Amélie Ouellet	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
Mme Claire Page	Université du Québec à Rimouski
Mme Sylvie Sarrasin	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski
Mme Lise Verreault	Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
3 postes vacants	

Commission infirmière régionale

Mme Michèle Beaulieu	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
Mme Ghislaine Boucher	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Mme Lise Dupont	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski
Mme Micheline Lavoie	Centre de santé et de services sociaux de Témiscouata
M. Bertin Lévesque	Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
Mme Suzanne Marquis	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Mme Alexandra Proulx	Centre de santé et de services sociaux de La Mitis
Mme Danielle Roy	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Hélène Sylvain	Université du Québec à Rimouski
Mme Johanne Turcotte	Cégep de Matane
un poste vacant	

Membres observateurs :

M. Jocelyn Boucher	Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
Mme Nathalie Dupont	Centre de santé et de services sociaux de Matane
Mme Cécile Voyer	Ordre régional des infirmières et des infirmiers du Québec

Département régional de médecine générale (comité de direction)

Membres élus

Dr Jean-Marie Deschênes
Dr Jean Hudon
Dr Guy Rossignol, chef du département

Membres cooptés

Dr Denis Beaulieu
Dr Jocelyn Bérubé
Dr Mario Blouin
Dre Valérie Coulombe
Dre Lucie Lachapelle
Dre Linda Landry
Dr Pierre Lapointe, chef adjoint du département

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Serge Gravel, délégué permanent
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale, secrétaire

Annexe 4 — Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Adopté par le conseil d'administration
le 27 novembre 2002

INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du conseil d'administration (ci-après nommés « le membre ou les membres du conseil d'administration ») de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après nommée « la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent »).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administratrices et des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de conseil d'administration d'une régie régionale (article 406 de la Loi).

> « ... les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la régie et de la population de la région pour laquelle la régie est instituée .»

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « ...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens... »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L .Q .2001, ch. 24), le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population
- définir les politiques et orientations
- allouer les ressources
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont désormais assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (après appelé « le Règlement ») découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, lequel règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi du Vérificateur général (L.R.Q. c. V-5.01), ... ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises » .

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

1. CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer la citoyenne ou le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article I de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

> « ... Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

> « ... Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1. La raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2. Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3. L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;

4. L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5. L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagères et aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

> « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »

> « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée »

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, exige que les membres du conseil d'administration de toute régie régionale se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement (articles 34 et 35). On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle.

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

Attendu que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

Attendu que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

Attendu les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

Attendu la mission et les valeurs organisationnelles de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Bas-Saint-Laurent en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

- Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionné. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Agir avec objectivité

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Agir avec honnêteté et intégrité

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et porter atteinte à la vie privée d'une citoyenne ou d'un citoyen. La présidente ou le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

Agir sans partisanerie politique

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Agir avec loyauté

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

Agir avec respect et dignité

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

Éviter tout conflit d'intérêts

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général, cette personne doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Activités politiques

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, la présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

La présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui veut présenter sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, cette personne est en droit de demander et d'obtenir un congé non rémunéré à compter du jour de l'annonce de sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la présidente ou du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Responsable de l'application

La présidente ou le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

Obligation de respect du code et déclaration des intérêts détenus par le membre du conseil d'administration

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Manquements aux principes d'éthique et aux règles de déontologie

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

La présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, elle ou il peut mettre sur pied un comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors lui donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Ce comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception de la présidente ou du président du conseil d'administration, de la vice-présidente ou du vice-président et de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général.

Si elle ou il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, la présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Bas-Saint-Laurent